la Fleury

9

DE LA COEXISTENCE

DU FIBROME ET DE L'ÉPITHÉLIOMA

DE L'UTÉRUS

PAR

Le Docteur Louis de BOUCAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat des Hôpitaux (Médaille argent 1895-96-97),
Ancien Moniteur d'Accouchements a la Faculté,
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie
de Bordeaux



BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, Rue Montméjan, 17
—
1898

à mon ami Gabriel de Fleury
En souvenir du bon temps passé ensemble
chez le maître
Très affectueusement
J. Larroucau

DE LA COEXISTENCE

DU FIBROME ET DE L'ÉPITHÉLIOMA

DE L'UTÉRUS

PAR

Le Docteur Louis de BOUCAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat des Hôpitaux (Médaille argent 1895-96-97),
Ancien Moniteur d'Accouchements a la Faculté,
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux



BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, Rue Montméjan, 17

1898

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui de témoigner notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui nous ont appris et fait aimer la médecine.

A M. le Dr Dubourg, chirurgien des Hôpitaux, à MM. les professeurs agrégés Auché, Cassaët, Chambrelent et Villar, à MM. les professeurs Picot et Moussous père, nous adressons nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le Dr Courtin, chirurgien des Hôpitaux, a bien voulu nous préparer au concours de l'internat. Nous considérons comme un devoir de lui exprimer ici notre bien vive gratitude.

M. le Dr Verdalle, médecin des Hôpitaux, et M. le professeur André Moussous, au service desquels nous avons eu l'honneur d'être attaché en qualité d'interne, ont été pour nous des chefs dont nous n'oublierons jamais les bontés. Nous les remercions des marques de sympathique encouragement qu'ils nous ont toujours prodiguées.

C'est dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue, où nous avons été successivement stagiaire, externe et interne, que nous avons puisé les plus précieux enseignements. Nous sommes heureux de pouvoir terminer nos études sous les auspices d'un tel maître, et, en le remerciant de l'honneur qu'il veut bien nous faire d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance en même temps que de notre respectueux dévouement.

Le souvenir de nos années d'étudiant restera comme un des meilleurs de notre vie. Merci à tous ceux qui ont bien voulu nous témoigner leur affectueuse sympathie.

A nos camarades de l'internat, que nous quittons avec regret, nous demandons de nous conserver leur amitié.

DE LA COEXISTENCE

DU FIBROME ET DE L'ÉPITHÉLIOMA

DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Pendant notre année d'internat dans le service de notre maître M. le professeur Lanelongue nous avons eu l'occasion d'observer une malade qui fut opérée pour un cancer du col de l'utérus et dont la matrice était en même temps le siège d'un fibrome.

Nous avons retrouvé dans nos lectures quelques faits de ce genre; ils nous ont paru mériter plus que la simple mention qu'en font les auteurs classiques et nous avons eu l'idée de faire de l'étude de ces cas le sujet de notre thèse inaugurale.

La présence, dans la matrice, de ces deux tumeurs, l'une bénigne, l'autre maligne, soulève des questions intéressantes que nous essaierons d'élucider.

Le diagnostic clinique de cette association peut-il être précisé?

La coexistence des deux tumeurs résulte-t-elle d'un simple hasard, ou l'une est-elle la transformation de l'autre?

Que doit-on faire au point de vue opératoire?

Nous diviserons notre thèse en six chapitres :

I. Considérations générales,

II. Faits cliniques,

III. Des rapports des deux tumeurs au point de vue anatomique.

IV. De la part qui revient au fibrome dans la production du cancer.

V. Diagnostic.

VI. Considérations thérapeutiques.

Nous terminerons par l'exposé des conclusions après avoir réuni les observations sur lesquelles est basée cette étude.

C'est un travail bien imparfait que nous soumettons à nos juges : nous osons compter sur leur bienveillance (1).

(1) Nous devons prévenir que si en tête de notre travail nous avons écrit le mot « d'épithélioma » c'est pour qu'il n'y ait pas de confusion possible. Nous n'entendons parler ici que des néoplasies épithéliales, développées au niveau et aux dépens d'un épithélium. Nous rejetons tout ce qui n'est pas cela; et si le mot de cancer revient souvent dans notre description, c'est cette signification qu'il faudra lui attribuer.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les auteurs qui ont eu l'occasion de signaler les premières observations [1] de coexistence de tumeurs fibreuses et de cancers de l'utérus, qualifiaient ces faits de rares. Il n'en saurait être de même aujourd'hui où les progrès de la chirurgie gynécologique ont permis des constatations impossibles jusque là. Certains auteurs modernes sont même tombés dans l'erreur contraire, en déclarant que c'étaient là des faits très communs et banals (Bahry, Th. Lyon, 1895).

On comprendra aisément que nous n'avons pas à faire l'historique des faits de ce genre. Il ne s'agit pas ici d'une doctrine, plus ou moins discutée, envisagée de telle ou telle manière par les uns ou les autres, mais de faits qui, jusqu'à ce jour, ont été seulement signalés et au sujet desquels aucun travail d'ensemble n'a été produit.

Cependant, en Allemagne, Wahrendorff, élève de Schrœder, et Wagner ont étudié quelques-uns de ces cas de coexistence au point de vue anatomique dans leur dissertation inaugurale [2].

Ehrendorfer [3], à l'occasion de quatre cas de ce genre opérés par lui, discute la question de l'intervention chirurgicale.

Nous ne saurions oublier les communications faites l'année

---

(1) Dumas, *Bulletin Académie de médecine,* 1840, V, Affection cancéreuse de l'utérus, tumeur fibreuse développée dans ses parois; Cazaubon, Société anatomique, 1867, p. 213; Nicaise, Coexistence rare de fibromes du corps de l'utérus et du cancer du col, *Gazette des hôpitaux,* 1881, p. 1017.

(2) Wahrendorff. *Fribromyome und Carcinume der uterus.* Inaugural dissertation. Berlin, 1887. — Wagner, *idem,* Berlin, 1886.

(3) Ehrendorfer, *Arch. fur Gynekologie,* XLII, 2; 1892.

dernière à la Société de gynécologie de Bordeaux par MM. Vitrac ([1]) et Bégouin ([2]), chefs de clinique à la Faculté.

Nous nous réservons, chemin faisant, de signaler les indications bibliographiques des cas isolés.

Avant toutes les autres, une question importante se pose : ces faits de coexistence des deux tumeurs sont-ils fréquents?

Il est fort difficile de répondre par un chiffre précis sur leur fréquence absolue. Outre que bien des faits observés n'ont pas été publiés, qu'ils ne figurent pas surtout dans les différentes statistiques des malades ou des opérations fournies par les auteurs, le diagnostic complet ne se faisant que pendant l'intervention chirurgicale mise en œuvre contre celle des deux affections qui prime la scène clinique (en général le cancer), toute la série des cas inopérables reste de ce fait lettre morte.

Baeker, faisant l'étude critique de 805 cas de cancers utérins opérés à la clinique de Buda-Pesth, ne relate qu'un seul fait de cette coexistence. Dans les 20 cas d'hystérectomie abdominale faits par Albert ([3]), de même que dans les 221 opérations de gastrotomie pour lésions utérines faites par Péan de 1864 à 1875, aucun fait semblable n'est signalé. Lee ([4]) et West ([5]) en rapportent l'un deux, l'autre un ; mais ils ne disent pas le total des cas sur lesquels ont porté leurs recherches.

Le docteur Chiari, cité par West (page 277), reprenant une opinion mise en avant par Mme Boivin sur la prétendue coïncidence des corps fibreux et des cancers de l'utérus et du sein, donne une statistique de 25 cas dans lesquels deux étaient compliqués de cancer utérin ou de cancer de la mamelle et des poumons et six de cancers des divers organes. Guyon ([6]), qui rap-

---

([1]) Epithélioma et tumeurs non épithéliales de l'utérus et des annexes. *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 25 juillet 1897, n. 30.

([2]) Bégouin, Epithelioma et fibrome de l'utérus. *Gazette des sciences médicales*, 29 août 1897, n. 35.

([3]) *Wien. Med. Presse*, 1889, n. 2, p. 49.

([4]) Lee, *Clinical Reports of uterine and ovarian diseases*, p. 176.

([5]) West, *Diseases of Women*, London, 1856.

([6]) Th. Agrégation, Paris, 1860.

porte cette allégation, s'élève avec énergie contre elle et conclut que les tumeurs fibreuses étant très fréquentes, de même que les cancers après la ménopause, on doit fréquemment les trouver ensemble. Ces chiffres sont trop disparates pour être l'expression de la vérité.

Les fibromes, que l'on rencontre en même temps que l'épithélioma utérin, existent, dit M. Vitrac dans une statistique allemande que nous n'avons pu retrouver, au nombre de 4 à 5 0/0.

Sur 82 observations de cancer prises dans le service de M. le professeur Lanelongue, M. Vitrac n'en a relevé que deux cas. En ajoutant les documents de cette année, ce qui porte à 95 le nombre des observations, nous trouvons un nouveau cas, ce qui élève la proportion à environ 3 0/0.

M. Bégouin, dans une communication [1] faite quelque temps après sur le même sujet, déclare que le fibrome de l'utérus lui-même est si commun — (10 0/0 des femmes prises dans leur ensemble, d'après Bandl) — que l'épithélioma qui existe dans la proportion de 2 0/0 a une chance sur cinq de coexister avec un fibrome. C'est du moins la proportion qui paraîtrait logique ; il semble cependant qu'elle est beaucoup moins élevée.

Le chiffre de 3 p. 100 que nous signalons plus haut, nous paraît le plus voisin de la réalité, sans être toutefois complètement exact. Les cas de coexistence ne sont donc pas rares et nos maîtres des hôpitaux nous ont déclaré en rencontrer en moyenne de deux à trois par an [2].

L'âge des malades porteurs de cette double lésion mérite d'être signalé. D'après les observations que nous avons pu consulter et celles que nous rapportons, il s'agit de malades de 40 à 60 ans en moyenne. Une d'entre elles n'en avait cependant que 38, une autre 63. Il résulte de ce fait que l'époque de l'apparition de la tumeur maligne ne diffère en rien de ce qui se passe d'une façon générale, le maximum de fréquence du can-

---

(1) *Loco citato.*

(2) M. le professeur Demons, dans ces derniers temps, a eu l'occasion d'en opérer deux cas dans l'espace d'un mois.

cer se trouvant au voisinage de la ménopause. Nous insisterons donc sur ce fait, qui se dégage de ce que nous venons de dire, que l'utérus fibromateux est susceptible de se laisser envahir par le cancer au même âge que l'utérus sain.

L'antagonisme qui, au dire de Courty et de Cruveilher, existe entre le cancer et le fibrome, n'est donc pas un fait exact et la présence de ce dernier est loin de préserver les femmes de l'épithélioma.

Les auteurs américains qui nous ont appris que les races nègres étaient très sujettes aux fibromes, qu'elles en présentaient même à un âge très avancé, tandis que les kystes de l'ovaire et les cancers utérins étaient très rares chez elles (d'après la statistique de Chisolm, presque 2 sur 100 blancs meurent du cancer, tandis qu'il n'y en a qu'un sur *300 nègres*) ne nous fournissent pas de renseignements sur notre sujet. Il semble donc exister chez les races nègres un certain antagonisme entre ces deux manifestations; nous manquons malheureusement de documents qui nous permettent de tirer des conclusions.

Pareil antagonisme se retrouve quand on examine les conditions sociales des malades. Le cancer de l'utérus est relativement rare dans les classes aisées de la société, tandis qu'il est d'une effroyable fréquence dans la classe pauvre. C'est l'inverse pour le fibrome.

Schrœder [1] donne comme proportion, d'une part, 5,7 p. 100 de myomes pour 2,8 p. 100 de cancers chez les malades de sa pratique privée et, d'autre part, 1,9 p. 100 de myomes pour 3,6 p. 100 de cancers chez les malades de la polyclinique. Disons en passant, qu'il explique, par la présence de l'endométrite chronique contre laquelle aucun traitement n'est dirigé, la fréquence du cancer dans les classes pauvres. Les malades dont nous avons pu relever les observations appartenaient toutes à la clientèle hospitalière ; nous ne pouvons donc pas juger de la

---

(1) *Maladies des femmes*, p. 297.

part qu'il faut attribuer aux conditions sociales dans la production de ces cas de coexistence.

Nous n'envisagerons pas ici toutes les causes générales de mauvaise hygiène, de dépression morale, de surmenage physique qui se donnent la main pour créer la misère physiologique et que l'on discute toutes les fois qu'il s'agit d'établir l'étiologie des tumeurs. Si elles peuvent entrer pour quelque chose dans la genèse du cancer, leur rôle, dans celle du fibrome, est complètement inconnu.

L'hérédité ne fournit pas davantage la clé du problème. Dans deux de nos cas, nous retrouvons une hérédité cancéreuse directe; quant à celle du fibrome, qui paraît devoir être considérée comme un fait réel d'après les observations du docteur de Ranze [1] rapportées au dernier Congrès de Médecine de Montpellier (1898), nous n'avons pu la constater.

L'examen des antécédents de nos malades, au point de vue de leur histoire génitale, nous a permis d'observer la plus grande diversité de faits. Deux d'entre elles n'avaient pas eu d'enfants. Les autres avaient eu un nombre d'accouchements qui variait de deux à six.

L'existence des fausses couches ou de grossesses gémellaires ne paraît pas davantage avoir influé sur la double évolution néoplasique que l'on rencontrait chez elles.

Pour nous résumer au sujet de l'influence possible des divers facteurs que nous venons de signaler sur la production des deux tumeurs, nous dirons que rien de précis ne peut être incriminé. Nous devons nous borner à la constatation de ce fait, que les cas de coexistence du fibro-myome et du cancer sont loin d'être rares.

---

[1] *Gazette médicale de Paris*, I, n. 16, 16 avril 1898.

CHAPITRE II

FAITS CLINIQUES

Les faits de coexistence de ces deux tumeurs se traduisent-ils par un cortège de signes pathognomoniques ? Chacune des tumeurs produit-elle les manifestations qui lui sont habituelles ou de leur association résulte-t-il des signes qui participent à la fois de l'une et de l'autre?

Il suffit de lire les observations que nous rapportons pour juger la question et se convaincre que la majorité des accidents doit être rapportée à l'un des deux néoplasmes, à la tumeur maligne; cela est la règle. Cependant le fibrome utérin se manifestant d'habitude par des faits caractéristiques, nous avons cru devoir analyser de près les divers signes cliniques notés dans l'évolution de ces cas, pour établir la part qui revient à chacune des deux tumeurs.

Il faut d'abord se demander quel était, chez ces malades, avant l'apparition des phénomènes pour lesquels elles viennent réclamer un conseil, l'état de leurs règles. C'est une notion dont on ne doit jamais oublier de s'enquérir dans tout examen gynécologique et qui, dans certains cas, est de la plus grande utilité.

Sur les quinze observations que nous signalons et dans lesquelles l'état antérieur des règles est relaté, nous trouvons que leur apparition se fit à l'âge habituel ; que onze fois elles furent parfaitement normales; trois fois abondantes et un peu irrégulières, une seule fois enfin il existait un régime cataménial tout à fait insolite avec ménorrhagies et métrorrhagies (obs. XI). Il n'y eut pas davantage, dans l'intervalle des règles, de troubles morbides tels que douleurs, pertes séreuses ou sanguinolentes qui

pussent faire supposer une lésion utérine. Donc, dans la majorité des cas, les règles ont été absolument physiologiques. Dans les autres, elles ont présenté des modifications que nous sommes en droit d'attribuer au fibrome.

Sous quelle forme se sont manifestés les accidents, d'abord à leur début, puis plus tard?

C'étaient tout d'abord des pertes séreuses, séro-sanguinolentes ou sanieuses plus ou moins abondantes, plus ou moins continues, et des douleurs généralement vives qui occupaient le bas-ventre, le périnée, s'irradiant dans les cuisses et la région lombaire.

Au moment de l'examen gynécologique, la présence de métrorrhagies et de leucorrhée avec pertes roussâtres et fétides, depuis un an et demi, dans un cas (observ. X.) depuis huit mois dans un autre (observ. IV), est un fait trop typique pour que l'on pût songer qu'il appartînt à autre chose qu'au cancer.

Dans d'autres cas, la persistance des hémorrhagies et leur retour même après un curettage (observ. XIV), leur manifestation presque exclusive après la ménopause n'ont pas lieu de nous surprendre puisqu'il s'agissait de cancers du corps de l'organe.

En effet, les deux formes de cancer (cancer du col et cancer du corps) se retrouvent dans nos observations, et elles ont conservé chacune leur symptomatologie propre. Donc, parmi les troubles fonctionnels présentés par ces malades, il n'en est pas qui puissent être mis sur le compte du fibrome, lequel est resté absolument silencieux et n'a manifesté son existence par aucun des signes qui lui sont habituels : hydrorrhée, hémorrhagies, coliques utérines.

Il n'a même eu aucune influence sur l'utérus ; nous en trouvons la preuve dans ce fait que chez les malades qui avaient doublé la cinquantaine, la ménopause s'était produite dans des conditions normales ce qui n'est pas la règle, car, d'après Schrœder, le fibrome la retarde en entretenant une congestion permanente de l'organe. Dans la plupart des observations, elle s'est produite sans phénomènes importants à un âge qui a varié entre quarante-quatre et cinquante-quatre ans.

Les renseignements fournis par l'examen direct, complété par l'examen au spéculum, permettent de grouper les phénomènes constatés en trois catégories :

1° Il existe une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse, lisse, régulière, élastique, qui plonge dans l'excavation, bombe dans l'un ou l'autre des culs-de-sac, est rattachée à l'utérus, avec lequel elle fait corps intimement, par un pédicule plus ou moins large, en même temps qu'une lésion du col dont les caractères sont ceux du cancer. Dans sa thèse, Warhendorff rapporte des faits de ce genre (obs. II et III). Chacune des deux tumeurs se manifeste, à l'examen direct, par des signes absolument probants;

2° Il existe une lésion du col utérin. Disons rapidement qu'elle se présente avec tous les caractères objectifs d'une tumeur bourgeonnante, irrégulière, dure, ulcérée, caractéristique d'un cancer du col, tumeur qui se trouve localisée à l'orifice externe ou qui a détruit l'une, quelquefois les deux lèvres.

A part cette constatation de forme, de volume, de consistance et d'étendue de la lésion, il est difficile d'en faire d'autres, car les masses bourgeonnantes qui encombrent le fond du vagin ou, dans les cas de lésion moindre, l'infiltration des parois vaginales qui ont perdu leur souplesse opposent au doigt explorateur une barrière infranchissable. C'est ainsi que le corps utérin, dans sa plus grande étendue, se dérobe à l'examen et que l'on ne peut souvent avoir que des renseignements tout à fait insuffisants sur sa situation, sa forme, son volume. De plus, les lésions concomitantes de l'utérus, étant le plus souvent de petit volume, passent inaperçues, ce qui ne peut manquer de se produire (on en conviendra aisément) dans des cas comme celui de l'observation XI, où la tumeur fibreuse était très voisine du col et où le palper abdominal ne dénotait qu'une très légère augmentation de volume de l'organe. L'esprit mis en éveil par la difficulté de reconnaître le fibrome, nous avons examiné avec le plus grand soin de nombreuses malades atteintes d'épithélioma et chez une d'entre elles où l'intervention chirurgicale fit constater un fibrome du volume d'une pomme, nous nous som-

mes trouvé dans l'impossibilité absolue d'en reconnaître l'existence ;

3° Dans la troisième alternative, il n'existe pas de néoplasme du col utérin et deux cas peuvent se présenter : tantôt il existe une tumeur abdominale de date ancienne généralement connue de la malade et sur laquelle elle ne manque pas d'attirer l'attention du médecin, tumeur utérine, indolente, élastique; tantôt on rencontre moins une tumeur qu'une augmentation de volume de l'organe. L'utérus est gros et douloureux.

Cet examen clinique devra, en outre, fournir des renseignements sur le degré de mobilité de l'utérus. Il faut avouer qu'ils sont très trompeurs; nous n'en voulons pour preuve que le fait relaté dans l'observation VII.

Tels sont les résultats fournis par la connaissance des antécédents, de l'état des règles, des troubles fonctionnels et par l'examen direct des organes.

A part les cas où le fibrome se révèle par une tumeur bien nette, rien ne permet de décéler sa présence. Son petit volume explique ce fait, mais ne rend pas compte de l'absence des troubles fonctionnels. Nous avons très présente à l'esprit l'histoire d'une malade à laquelle on fut obligé de faire l'hystérectomie vaginale pour conjurer des hémorrhagies très graves et dont l'utérus ne renfermait qu'un tout petit fibrome.

Le cancer, au contraire, garde sa symptomatologie habituelle.

CHAPITRE III

DES RAPPORTS DES DEUX TUMEURS AU POINT DE VUE ANATOMIQUE

Si le fibrome échappe le plus souvent au diagnostic clinique, la dégénérescence épithéliale est le plus souvent reconnue et l'acte chirurgical dirigé contre elle fournit, à l'examen, des éléments d'observation importants. Nous envisagerons successivement les caractères macroscopiques et microscopiques du fibrome et du cancer dans les cas qui nous occupent.

Le nombre des fibromes observés est très variable; souvent on n'en a rencontré qu'un seul. Dans d'autres cas, il en existait deux, trois, quatre, quelquefois plus.

Au point de vue du volume, tous les intermédiaires ont été signalés, depuis les fibromes gros comme une noisette, jusqu'à ceux de la dimension d'une tête de fœtus à terme. Ils sont d'autant plus volumineux que leur nombre est moindre. Il est cependant un fait, c'est que, dans ces cas, il n'a jamais été constaté de fibromes utérins d'un poids et d'un volume considérables.

Leur siège ne présente non plus rien d'anormal. On sait qu'ils se développent de préférence dans le corps de l'organe. Dans nos cas, nous ne trouvons signalé qu'un seul exemple de fibrome du col. M. S. Lee [1], qui a examiné soixante-quinze pièces pathologiques dans les différents musées de Londres, a reconnu qu'ils affectaient rarement le col.

Les fibromes sont interstitiels, sous-péritonéaux, sous-muqueux ou pédiculés. La constatation de cette dernière forme anatomique prouve qu'ils ont conservé les tendances évolutives qui leur

---

[1] *In* Gaillard Thomas, *Traité de gynécologie,* p. 438.

sont propres et que leur développement a continué à se faire suivant les règles que nous enseigne la pathologie. Leur consistance, constatée à l'examen clinique ou sur une coupe faite immédiatement après l'acte opératoire, est celle des fibromes ordinaires, c'est-à-dire dure et élastique. Mais une fois, en même temps qu'une coloration un peu rouge, le tissu fibromateux offrait un certain degré de ramollissement, et trois fois, les fibromes étaient calcifiés.

En dehors de ces cas, les fibromes présentent leurs caractères absolument typiques et il n'est pas besoin de l'examen microscopique pour faire le diagnostic.

En ce qui concerne les fibromes interstitiels, il est utile d'étudier leurs rapports avec le muscle utérin.

D'abord, comme cela est la règle, le muscle utérin ne reste pas étranger au travail de sclérose que crée et entretient le fibrome. Il augmente de volume non seulement par dilatation ou étirement de sa cavité, mais encore par néoformation de fibres musculaires et prolifération conjonctive. C'est ce qui a été si justement comparé à ce qui se produit dans la grossesse et que Guyon a dénommé « grossesse fibreuse ». C'est ainsi que, dans nos observations, l'épaisseur des parois utérines oscillait entre 2, 3, 3 cent. 1/2.

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen microscopique de coupes pratiquées en pleine masse utérine et nous avons pu nous rendre compte d'une manière manifeste de cette hypertrophie musculaire.

Normalement, à la périphérie du fibro-myome, existe une couche concentrique de tissu lamelleux, à mailles conjonctives lâches, d'une épaisseur de quelques millimètres, qui constitue au fibrome une véritable gaîne ininterrompue que les Allemands appellent *tissu de liaison*. C'est la présence de cette couche celluleuse peu résistante dans laquelle les fibromes sont, pour ainsi dire, plongés, qui permet de pratiquer avec facilité leur énucléation.

Les observations des différents auteurs ne signalent, dans les cas qui nous intéressent, aucune lésion de ce tissu limitrophe.

Dans ceux que nous avons pu nous-même examiner, il avait partout les mêmes caractères : il n'était ni épaissi, ni diminué, ni sclérosé, ni ramolli.

Nous avons fait avec l'utérus enlevé chez la malade de l'observation XI des coupes microscopiques portant à la fois sur le fibrome, le tissu de liaison et le muscle utérin. A la périphérie du fibrome dont les caractères histologiques étaient absolument normaux avec ses enchevêtrements de fibres allongées, à noyau très fortement coloré, nous avons trouvé un tissu conjonctif, mal coloré, à mailles larges avec points graisseux et vaisseaux en assez grand nombre.

Ces mêmes caractères ont été notés dans les cas de fibromes sous-muqueux qui, bien que presque contigus à la muqueuse utérine, étaient entourés du même tissu cellulaire lâche.

Nous sommes donc obligés de constater une fois de plus que le fibrome ne présentait d'autres caractères anatomiques que ceux qu'il offre d'habitude.

Comment se manifestent les lésions du cancer ?

Nous avons vu, dans l'exposé des caractères cliniques, qu'il pouvait siéger, soit au niveau du col, soit au niveau du corps.

Le cancer du col peut être intra ou extra-cervical. Sa forme variera évidemment suivant sa localisation. — Disons cependant qu'il en est une que nous avons rencontrée d'une façon générale : c'est la forme exubérante, en chou-fleur. La forme ulcéreuse, rongeante, d'un caractère si spécial et d'une allure si grave, n'a pas été signalée.

L'étendue des lésions est éminemment variable suivant l'époque où les malades ont été examinées, et elles peuvent être limitées au col, comme elles ont pu se généraliser au vagin, aux parties molles de l'excavation (observation I).

Il est nécessaire de compléter par d'autres renseignements ce qui a trait à ces données anatomiques et d'envisager :

1° La façon dont se comporte le cancer à l'égard du muscle utérin ;

2° Les rapports qu'il affecte avec les fibromes.

I. Au point de vue macroscopique, il est difficile de différen-

cier le tissu utérin normal du cancer. Cependant, la dureté et la consistance ferme que l'on retrouve tout autour du cancer n'existent plus à quelque distance des bourgeons ulcérés.

Nous avons pratiqué des coupes sur des fragments pris au niveau de ces points intermédiaires sur l'utérus de la malade qui fait l'objet de notre observation personnelle (1). Nous avons constaté que, dans les points qui correspondent à la partie supérieure de la tumeur, les boyaux d'épithélioma pavimenteux lobulé apparaissent avec la plus grande netteté, Autour d'eux, il existe du tissu conjonctif épaissi avec des fibres musculaires déformées, des vaisseaux en assez grand nombre. Les bourgeons épithéliaux pleins existent au delà, mais deviennent de plus en plus rares et environ un centimère plus loin. le tissu utérin présente ses caractères normaux. La dégénérescence cancéreuse dans le cas de cancer du col n'a jamais dépassé l'isthme utérin. L'observation III à ce sujet est typique. D'ailleurs, c'est la règle ; autant le cancer du col a de tendance à se généraliser vers les parties inférieures (cloison recto-vaginale et vagin), autant il en a peu à envahir le corps utérin, malgré ce que certains faits sembleraient prouver.

Entre autres auteurs, M. Bégouin (2), sur des coupes faites sur un utérus atteint d'un épithélioma du col, put constater la présence de bourgeons épithéliaux dans le corps très loin de la localisation primitive.

Si nous avons signalé ce fait, c'est que certains auteurs ayant cru que le fibrome, par sa présence directe, avait une action *élective* sur l'épithélioma, il est extraordinaire que celui-ci n'ait pas eu une tendance plus grande à envahir le corps utérin.

2° Rapports avec les fibromes.

Ce que nous avions déjà dit des caractères anatomiques du fibrome pouvait nous faire supposer son indépendance absolue vis-à-vis du cancer. Dans les cas où, des deux tumeurs, l'une

---

(1) Un nouveau cas opéré ces jours derniers par M. le professeur Demons, et que nous rapportons, n'a pu être utilisé au point de vue de ces recherches microscopiques.

(2) Société de gynécologie de Bordeaux, janvier 1897.

siégeait au niveau du col, l'autre dans le fond de l'organe ou sur des parties latérales profondément cachées dans la paroi utérine, la chose, pour évidente, n'était pas concluante. Dans deux de nos observations, il a été possible de toucher du doigt l'indépendance des deux tumeurs. Dans celles de Warhendorff, il existait un cancer du col et de nombreuses productions fibromateuses. Des fragments, dans lesquels les deux points dégénérés étaient en contact intime, furent examinés au microscope, et on put constater que non seulement les myomes étaient complètement épargnés, mais encore que la musculature utérine, quoique disposée en mince couche entre les deux tumeurs, ne présentait pas de dégénérescence cancéreuse.

Dans notre observation personnelle, la localisation des deux néoplasmes en des points contigus (col utérin) offrait un intérêt spécial. Or le fibrome, quoique ayant contracté avec l'utérus des adhérences assez lâches, était complètement isolable.

Il eût été de la plus haute importance de connaître d'une façon précise les lésions de la muqueuse utérine dans ces cas particuliers. Nous verrons qu'elles ont une importance considérable.

Nous savons que dans les cas de fibrome comme dans ceux de cancer, il existe une inflammation de la muqueuse utérine qui produit soit la métrite glandulaire, soit la métrite parenchymateuse. Les travaux d'Abel et Landau, de Batuaud et de bien d'autres nous ont pleinement renseignés sur ces faits.

Dans ces cas de coexistence, ces mêmes lésions existent : leur constatation macroscopique est aisée, la muqueuse utérine est épaissie, villeuse, tomenteuse, mais leurs caractères histologiques ne sont pas connus. Les auteurs ne nous donnent aucune relation de ces faits.

Dans le cas de cancer et de fibrome du col que nous rapportons, nous avons examiné l'utérus à ce point de vue ; les résultats de l'examen macroscopique sont relatés dans l'observation. L'examen microscopique de coupes faites à diverses hauteurs dans la muqueuse utérine nous ont montré :

1° Qu'au niveau du corps utérin la muqueuse, fortement

épaissie, renferme des tubes glandulaires en grand nombre. Les tubes glandulaires sont augmentés de volume; leur lumière est absolument libre et à leur périphérie existe une couche unique de cellules cylindriques adhérentes à la paroi conjonctive, caractère qui, d'après Cornil, n'appartient pas aux lésions malignes.

2° Ces mêmes lésions se rencontrent plus tranchées dans les parties inférieures du corps.

3° Enfin, sur plusieurs coupes qui ont porté au niveau d'un point correspondant à l'isthme utérin, nous avons constaté d'une part, de l'épithélioma pavimenteux corné typique, et dans le point immédiatement voisin, la muqueuse utérine avec les caractères que nous venons de mentionner.

La muqueuse utérine contiguë au bourgeon cancéreux ne présentait, nous le répétons, que des lésions de métrite simple [1].

Nous n'avons malheureusement que cette seule constatation anatomo-pathologique à apporter à l'appui de ces faits. Les éléments nous ont manqué pour poursuivre cette étude, mais ce résultat nous a paru trop intéressant pour ne pas être signalé.

Il est une autre constatation qui a une grande importance au point de vue de l'acte opératoire. Nous voulons parler de l'état des annexes.

Il est rare, dans les cas que nous rapportons, qu'elles se soient montrées saines. C'est ainsi que nous notons, une fois, un fibrome de l'ovaire; cinq fois des kystes dont le volume variait de celui d'une noix à celui d'une grosse pomme. Dans les autres cas, les annexes présentaient des lésions inflammatoires manifestes qui s'étaient accompagnées d'adhérences plus ou moins résistantes.

De l'exposé des rapports anatomiques des deux néoplasmes, nous pouvons conclure à leur complète indépendance l'un vis-à-vis de l'autre.

---

[1] Nous remercions MM Servel et Banquet, préparateurs du laboratoire d'anatomie pathologique, qui ont bien voulu nous aider dans ces recherches microscopiques.

CHAPITRE IV

DE LA PART QUI REVIENT AU FIBROME DANS LA PRODUCTION DU CANCER

Cette coexistence des deux tumeurs soulève deux questions :

Y a-t-il entre les deux une relation de cause à effet?

Cette coïncidence est-elle purement fortuite?

La question des rapports de cause à effet pour l'une des deux tumeurs ne se pose évidemment pas pour le cancer. Celui-ci est la formation récente : le fibrome est la lésion ancienne. C'est un utérus fibromateux qui devient cancéreux. Si le fibrome peut trouver son origine, comme l'indiquent certains auteurs, dans dans une lésion utérine qui crée la thrombose des capillaires et la prolification de leur tissu conjonctif, cette lésion n'est pas le cancer.

La constatation d'une tumeur fibreuse, bien des années avant son apparition, ne permet pas l'hésitation. Il serait puéril d'insister.

Le fibrome peut donc être seul mis en cause et il est permis de se demander s'il produit, de toutes pièces pour ainsi dire, le cancer par transformation épithéliale de ses éléments (dégénérescence primitive), ou s'il favorise d'une manière quelconque, que nous étudierons plus loin, la dégénérescence cancéreuse de l'utérus.

1° Le fibrome peut-il primitivement dégénérer en épithélioma?

Cette question a été autrefois et surtout dans le début du siècle, très chaudement discutée.

On nous permettra de rapporter, en citant l'opinion d'hommes qui étaient des maîtres, les principaux éléments du débat.

Les auteurs du XVIe siècle, n'ayant que de très vagues notions sur les caractères de fibromes, les croyaient appelés à dégénérer. C'est là l'opinion de Morgagni [1], qui leur donne le nom de « Tubercules squirrheux ». C'est aussi celle de Van Swieten, Wenzel [4], Valentin [3], qui admettent avec lui que l'induration fibreuse (squirrheuse) du fibrome n'est que la première phase du cancer utérin, comme l'induration du sein précède, par exemple, le cancer de cet organe.

Bayle [4], qui décrit le premier d'une manière scientifique les corps fibreux de l'utérus et consacre le terme sous lequel on les désigne aujourd'hui (fibromes), démontre qu'ils n'ont rien de commun avec les cancers.

Dupuytren [5] vulgarise les opinions de Bayle, mais ne renonce pas à la dégénérescence carcinomateuse pour les tumeurs molles, en particulier pour les polypes. Mais Robert Lee [6], Charles Stafford Lee, Walter et la plupart des auteurs de cette époque se prononcent contre l'existence d'une telle dégénérescence. La confusion qui paraissait devoir se dissiper n'est pourtant pas près de disparaître et Ashwel, observateur très érudit et très consciencieux, au dire de Gaillard Thomas, affirme en 1844 l'identité de ces deux états pathologiques.

La même année Cruveillier [7] à la tribune de l'Académie de médecine et dans son traité d'anatomie pathologique s'élève avec force contre la possibilité de la dégénérescence des corps fibreux. « Les corps fibreux peuvent-ils devenir cancéreux ? Non, mille fois non. A ce point que lors même que l'utérus tout entier subirait la dégénérescence cancéreuse, le corps fibreux resterait inaltérable. J'ai trouvé dans l'épaisseur de l'utérus une tumeur fibreuse qui était entourée de toute part par un tissu encéphaloïde

---

[1] Morgagni, lettre XXIX, Siège et causes de maladies, Paris, 1820.
[2] Wenzel, *Ueber die Krankleinten des uterus*, Mainz, 1816.
[3] Valentin, *Reportorium fur anato-med. physiol.*, 1837.
[4] Bayle, *Journal de médecine*, V, p. 288.
[5] Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Paris, 1839.
[6] Robert Lee, *Med. chirurg. transactions*, XIX, p. 114.
[7] Cruveillier, *Anat. pathologique*.

ramolli et qui n'avait nullement participé à l'altération cancéreuse ». Il cite à l'appui de son opinion un autre fait dans lequel un fibrome développé à côté d'un carcinome secondaire à un cancer du sein avait conservé toute son intégrité.

Lobstein ([1]), Lebert ([2]), formulent la même opinion. « Les hystéromes, dit Broca ([3]), ne sontpas susceptibles de dégénérer en cancers ».

Wirchow ([4]), qui reconnaît que le myome est une formation nouvelle relativement inoffensive, qui n'a rien de malin dans sa nature et qui n'a aucune disposition essentielle à la dégénérescence cancéreuse, se contredit quelques lignes plus loin en disant que les tumeurs fibromateuses sont particulièrement disposées à une semblable dégénérescence « parce qu'elles sont précisément composées du tissu qui est la matière la plus ordinaire des néoplasmes ». Disons en passant que Wirchow confondait les polypes muqueux et les polypes fibreux.

Plus récemment, des documents plus précis ont été fournis sur la question. Klob ([5]), décrivant une pièce du musée de Salzsbourg, constata qu'un carcinome médulaire (*medullarkrebs*) avait pris naissance dans une tumeur fibreuse, située dans la paroi postérieure de l'utérus sans qu'aucune autre partie de l'organe et même de l'individu eût été infectée de la diathèse cancéreuse. Récemment Glœsen et Coë ([6]) citent un cas analogue.

Cornil ([7]) a vu une fois un carcinome développé dans deux myomes attenant à l'utérus et faisant saillie dans la cavité péritonéale en même temps qu'un carcinome de la capsule surrénale droite. L'examen de ces tumeurs a montré une couche périphérique composée de fibres musculaires lisses et au centre du tissu de carcinome encéphaloïde. La capsule surrénale droite offrait

---

([1]) Lobstein, *in* Gaillard-Thomas.
([2]) Lebert, *Comptes-rendus Soc. de Biologie*, 1852.
([3]) Broca, *Traité des tumeurs*, II, p. 268.
([4]) Wirchow, *Path. des tumeurs*, III, p. 316.
([5]) Klob, *Pathologische anatomie der Weiblichen, Sexualorgane.* Wien, 1864, p. 163.
([6]) Coë, *Centralb. für Gynek.*, p. 184, 1891.
([7]) Cornil et Boissier, *Bulletin Soc. anat. de Paris*, X, p. 451.

une production cancéreuse semblable. Le point obscur de l'observation est relatif à l'origine primitive du cancer. Il est impossible de savoir s'il a débuté par la capsule surrénale ou par les myomes, mais un fait certain, après examen, c'est que les myomes préexistaient au cancer.

Gaillard-Thomas, dans son Traité de gynécologie, admet la transformation des fibromes en carcinomes quoiqu'il n'en ait jamais trouvé aucun fait.

Dans une thèse récente, Costes [1] (de Paris), étudiant la génèse du fibrome et ses transformations malignes, n'a jamais rencontré, sur les 425 coupes qu'il a examinées, de dégénérescence cancéreuse du fibrome.

Tous les auteurs modernes et les classiques sont d'accord pour rejeter cette dégénérescence.

En 1896, le professeur Jacob (de Bruxelles), déclare à la Société belge de gynécologie [2] que les fibromes dégénèrent souvent en cancers et y voit une raison de plus pour opérer de parti pris, dès que le diagnostic est posé, tous les fibromes quels qu'ils soient, même en l'absence de complications. Ils dégénèreraient même pour lui à l'âge de la dégénérescence cancéreuse et son opinion est que, loin de diminuer après la cessation des règles, ils augmentent de volume et ont une tendance toute spéciale à devenir des tumeurs malignes.

Le docteur Dorff (de Bruxelles), se basant sur ses observations personnelles et sur les nombreux cas qu'il a pu examiner, puisqu'il a assisté pendant quatre ans à toutes les castrations faites par Hégar pour fibromes, déclare qu'il n'a jamais observé un seul cas de transformation maligne, soit pendant la vie génitale, soit après la ménopause et qu'il n'est jamais résulté une indication chirurgicale pour un semblable fait.

Dans les divers documents que nous avons contrôlés, nous n'avons rien trouvé qui vînt plaider en faveur de l'hypothèse émise par Jacob.

---

(1) Thèse Paris, 1895.
(2) In *Rev. médico-chirurg. des maladies des femmes*, 1897, p. 133.

De ce long exposé, nous pourrons conclure que la dégénérescence primitive du fibrome en épithélioma n'existe pas.

Deux sortes d'arguments légitiment cette opinion :

1° *Des faits.* — Jamais, nous l'avons vu, cette transformation n'a été observée d'une façon rigoureuse. Le cas de Klob qui paraît devoir être significatif, est partout nié et contesté. C. Ruge et J. Weit le considèrent comme un cancer développé au niveau de la membrane muqueuse du corps et qui aurait envahi secondairement le fibrome voisin.

En effet, rien ne s'oppose à ce que celui-ci soit envahi secondairement par les bourgeons épithéliaux à la manière de tous les tissus. Syredey et Danlos ([1]) ont vu des cas dans lesquels le cancer de l'utérus avait entamé par propagation des myomes préexistants.

2° *Des raisons d'ordre histologique.* — Tout tissu constituant une tumeur a son type, son paradygme pour employer l'expression chère à Delbet, dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état adulte. Or le fibrome, le fibromyome utérin dont l'origine connectivo-vasculaire est parfaitement établie, est le type des tumeurs du tissu conjonctif, et tire son origine soit du feuillet externe, soit du feuillet interne du blastoderme.

L'épithélioma naissant au contraire au niveau d'un épithélium préexistant, ayant par conséquent une origine ectodermique, ne peut donc pas se développer à l'intérieur du fibrome. Ceci est bien net.

Certains faits histologiques vont pourtant à l'encontre de cette opinion. Schotlander ([2]), en faisant l'examen macroscopique et microscopique d'un gros fibromyome utérin, a constaté, à la partie antérieure de cette tumeur, l'existence d'un petit myome isolé, très éloigné de la cavité utérine, du volume d'une graine de raisin, qui contenait des éléments glandulaires. Les glandes étaient en partie semblables à celles de la muqueuse utérine,

---

([1]) Art. *Utérus. Dictionnaire de médecine* en 40 vol.

([2]) Schotlander, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, XXVII, 2. 94.

en partie kystiques. Elles étaient séparées par un tissu interstitiel analogue au chorion muqueux.

Voigt [1] décrit également des formations glandulaires dans le myome. On peut expliquer, comme le propose Schotlender, l'existence de ces glandes par l'irritation produite par les myomes sur la muqueuse et par l'endométrite concomitante. Les glandes prolifèrent activement, pénètrent dans le myome et s'éloignent peu à peu de la muqueuse avec celui-ci, quand il grossit et que d'interstitiel il devient sous-séreux. C'est la même explication que fournit Schrœder des cas décrits par Botticher, Klob et Babès comme des cancers développés au centre de myomes sans affecter de rapports avec la muqueuse.

L'épithélioma pourrait donc se développer à ce niveau. Il est permis, vu la rareté de ces faits et leur caractère très anormal, de garder une sage réserve. D'ailleurs, si on a observé la dégénérescence kystique maligne du fibrome [2], on n'a pas signalé sa dégénérescence épithéliale pure.

Des cas comme celui de Liebmann [3] relatifs à une malade de 44 ans, qui dut subir l'ablation de tumeurs fibreuses utérines et qui mourut quelque temps plus tard avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, rentrent dans une autre catégorie de faits.

Malgré l'étiquette qu'il pose myo-carcinome, et malgré ses affirmations, il est permis de douter, non pas des caractères malins de cette tumeur, mais de son entité comme épithélioma. On retrouve dans sa description, le processus et la caractéristique du sarcome.

Depuis Wirchow en effet, qui le premier a attiré l'attention sur la transformation du fibro-myome en sarcome, des faits nombreux et parfaitement observés sont venus attester la fréquence de cette dégénérescence [4].

---

(1) Voigt, *Mon. f. Geburst.*, janvier 1896, II, 1.

(2) Vitrac, Fibrome kystique malin de l'utérus, *Annales de gynéc. et d'obstétrique*, février, 1898, p. 52.

(3) Liebmann, *Centralb. f. gynek.*, 1889, n. 17.

(4) Pilliet, *Soc. anat.*, 1884, 94, 96 ; Bérard, *Echo médical de Lyon*, juil. 1896 ; Con-

Nous ne voulons pas insister sur cette série de faits qui sont complètement en dehors de notre sujet. Nous les avons signalés simplement pour montrer que bien des cas, considérés comme des cancers développés primitivement au niveau d'un fibrome, résultent d'une erreur d'interprétation.

Donc, dans les cas de coexistence de deux tumeurs, jamais le cancer n'est le résultat de la transformation du fibrome, pas plus le cancer du col que celui du corps.

2° Le fibrome est-il susceptible de favoriser l'apparition du cancer?

Simpson [1] qui a souvent observé la coexistence des deux tumeurs à l'utérus, n'est pas éloigné de considérer le cancer de la matrice comme la conséquence de l'irritation permanente produite par la tumeur. Bottlicher partage la même opinion.

Le fibrome agit-il directement, par sa propre masse, en tiraillant la musculature, en anémiant certains territoires, en irritant directement les éléments glandulaires? nous ne le croyons pas. On ne comprendrait pas, alors, que précisément le corps utérin, le siège d'élection du myome ne fût affecté par le cancer que dans une proportion de 2 0/0 des cancers de la matrice, tandis que le col dans les parois duquel ne se trouve que rarement le myome, serait le siège favori du cancer.

Reste à examiner le rôle de la métrite qui accompagne le fibrome.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude de ces lésions : nous renvoyons au chapitre III.

Nous touchons ici une des questions les plus obscures de pathologie générale. La métrite glandulaire que nous appelons adénome, adénome bénin, et qui existe dans tous les cas de fibrome, est-elle susceptible de créer l'épithélioma, l'adémone diffus des Allemands? En d'autres termes, l'adénome est-il la première phase du cancer?

---

damin, *Congrès de chirurgie*, Lyon, 1894; Costes, th. Paris, 1895; Alban Doran, *Transaction of the Path. Society of London*, mai 1890.

[1] Simpson, *Edimburg medical Journal*, January, 1876, p. 577.

On tend aujourd'hui à répondre par l'affirmative et Eppinger a même pu observer la transformation d'un adénome en carcinome. Le fait n'est pas général, mais semble très admissible. C'est sur lui que Schræder, Wahrendorff, Wagner, Bahri [1], s'appuient pour accuser le fibrome de produire l'épithélioma. Nous ne voyons pas, pour notre part, une relation fatale entre les deux; et l'examen histologique rapporté plus haut (p. 27) nous permet d'affirmer qu'il n'existait entre les deux lésions, aucune forme de passage.

D'abord, la métrite du fibrome ne diffère en rien de la métrite interstitielle chronique ou glandulaire qui affecte tant d'utérus; elle offre les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomiques. Dans ces cas, le cancer devrait forcément se produire, ce qui n'est pas.

D'autre part, en admettant que par une transformation des éléments anatomiques, la métrite du fibrome créât le cancer, faudrait-il encore qu'elle existât avec ses lésions bien constituées. Or, d'après les examens de Coste, Pilliet et Legueu, Batuaud [2], ces lésions sont d'autant plus considérables que ces fibromes sont plus volumineux, et se traduisent alors par des troubles utérins caractéristiques que nous ne rencontrons pas dans nos cas.

De plus, l'examen des signes cliniques nous a prouvé d'une part, que le moment d'apparition du cancer, tant pour le col que pour le corps est resté identiquement le même à ce que nous voyons dans les utérus non fibromateux, que son évolution s'est faite suivant la marche habituelle, d'autre part, que l'évolution du fibrome n'a nullement été entravée, et que chacune des deux tumeurs a conservé ses allures, sa morphologie propres.

Il est même intéressant de constater que les fibromes volumineux, les fibromes actifs, si l'on veut accepter cette expression, ne se sont jamais accompagnés d'épithélioma.

Les éléments sur lesquels nous jugeons ne constituent pas,

---

(1) Th. Lyon, 1895.
(2) Th. Paris, 1891.

évidemment, un champ d'observation suffisant. Les données anatomo-pathologiques précises nous font défaut. De l'examen méthodique des cas de ce genre pourra peut-être jaillir la lumière au sujet des rapports de l'adénome et de l'épithélioma; mais, pour le moment, nous pouvons conclure que le fibrome ne dégénère jamais en épithélioma et que, dans la majorité des cas, la coïncidence de ces deux tumeurs n'est qu'un fait de hasard. Si la présence du fibrome, en faisant de l'utérus un *locus minoris resistentiæ,* a pu faire appel au cancer, il a fallu quelque chose de plus qu'une simple irritation cellulaire pour déterminer cette transformation histologique, il a fallu ce que nous désignons d'un mot obscur qui cache mal notre ignorance, la diathèse cancéreuse.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il serait de la plus grande utilité pour l'emploi judicieux de telle ou telle méthode chirurgicale de porter un diagnostic précis des lésions, de leur siège, de leur étendue.

Reste à savoir si la chose est possible.

Prenons la première catégorie des cas, ceux dans lesquels l'évolution de la maladie, les troubles fonctionnels, l'existence d'une lésion bien nette font penser à un cancer du col : les malades se présentent avec tout le cortège symptomatique de cette lésion.

Bien souvent il est impossible de faire le diagnostic de fibrome : mais si on relève dans les antécédents quelques troubles de la fonction menstruelle (des métrorrhagies par exemple, observation II) en dehors de toute lésion inflammatoire de l'utérus ou de tout état général défectueux, il faudra songer à la possibilité du fibrome.

Et si l'on rencontre en même temps une augmentation de la cavité utérine, il sera permis d'hésiter.

Nous n'avons pas parlé et à dessein, des renseignements que l'on peut retirer de l'hystérométrie dans les cas de cette sorte. Elle n'est malheureusement pas toujours pratiquée, et cela, pour plusieurs raisons.

Elle peut être rendue impossible par la présence de masses cancéreuses qui masquent et obstruent le museau de tanche : la présence d'un fibro-myome, d'un repli de la muqueuse, peut faire buter la sonde et l'empêcher de pénétrer à bloc.

De plus, le chirurgien, en face d'un cancer du col qui se pré-

sente à lui avec ses caractères classiques, omet de la pratiquer, ou ne la fait pas de parti pris pour ne pas s'exposer à produire de la greffe épithéliale.

Nous savons que, dans le fibrome utérin, l'augmentation des dimensions de la cavité utérine est la règle. Dans cinq de nos cas où ce résultat est noté, le chiffre trouvé oscille entre 8 et 12 centimètres.

Dans deux (observations II et X), la longueur de 10 et 12 centimètre eût suffi pour faire faire le diagnostic, mais il n'en était pas besoin, car un utérus de ces dimensions est toujours reconnu à la palpation.

Les chiffres de 8, 8,5 relevés dans les autres cas ne sont précisément pas typiques et peuvent être tout aussi bien le fait du cancer que du fibrome.

Le toucher rectal peut fournir des renseignements sur le volume de l'organe, mais ne peut, pas plus que les autres modes d'investigation, en fournir sur la présence de tumeurs que l'on ne reconnaît souvent qu'après avoir fendu l'utérus.

La constatation, impossible à faire, de cette catégorie de fibromes de petit volume, complètement inclus dans le corps utérin, rend compte de certaines erreurs de diagnostic qui rentrent absolument dans nos cas, et qu'il est bon de signaler.

Souvent le col se présente comme gros, rouge, épaissi, encombré de bourgeons suintants : le doigt rencontre des saillies irrégulières reposant sur une base plus ou moins indurée et le diagnostic de cancer entraîne l'ablation totale de l'utérus. Or, dans ces cas, et nous avons eu l'occassion d'en observer deux dans ces temps derniers, il n'existait que des lésions d'endométrite simple, d'endométrite cervicale compliquant un fibrome utérin.

Les résultats de l'examen microscopique furent concluants et on se rendit compte que les saillies produites par des œufs de Naboth en avaient imposé pour des bourgeons cancéreux.

La chose inverse peut se produire et Wahrendorff rapporte une observation (observ. V) dans laquelle le fibrome fut seul reconnu et non l'épithélioma : on crut être en présence de lésions simples de métrite.

Ces cas, dont le diagnostic est très délicat, se rencontrent assez fréquemment en clinique et la majorité des praticiens ne se contentant pas de l'examen habituel, ont l'habitude de pratiquer un examen biopsique qui vient lever leurs doutes.

Dans la seconde catégorie, les malades se présentent avec un gros utérus.

Est-ce un fibrome avec les accidents qui lui sont habituels ?

D'abord, les accidents signalés : suintement sanguin continu, pertes fétides, état général mauvais, ne sont pas le fait d'un fibrome. De plus, ces accidents se montrent à un âge où le fibrome a l'habitude de rester silencieux.

Est-ce un corps fibreux en dégénérescence sarcomateuse? Est-ce un cancer utérin?

S'il est facile de dépister le caractère malin de la tumeur, il est moins facile de conclure à l'une ou à l'autre des formes.

Cependant, le fibrome qui devient sarcomateux évolue à un âge moins avancé et à ce sujet nous rappellerons les conditions d'apparition toute particulières du cancer du corps qui paraît se développer dans des limites assez étroites de la vie, de 58 à 63, 64 ans.

Là encore, l'examen microscopique de parcelles retirées par le curettage permettrait de différencier l'épithélioma du sarcome.

Dans le cas d'ailleurs où le diagnostic ne pourrait être précisé le caractère malin suffirait à légitimer une ablation totale de l'organe.

Le diagnostic du siège de ces lésions devra être complété par l'examen de l'état des annexes, de la plus ou moins grande mobilité de l'utérus, par la recherche des ganglions, des troubles de voisinage (compression de la vessie et du rectum). L'examen de l'état général ne devra pas être omis.

Le diagnostic du fibrome coïncidant avec l'épithélioma du col, lorsque celui-ci ne se traduira pas par une tumeur bien nette, est donc très difficile pour ne pas dire impossible. Le diagnostic du fibrome coexistant avec le cancer du corps pourra, dans certains cas, être porté.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Il faut reconnaître que si l'opinion des auteurs allemands qu'expose Bahri dans sa thèse d'après laquelle l'endométrite concomitante du fibrome cause le cancer, le pronostic du fibrome serait singulièrement modifié et entraînerait une conduite chirurgicale tout autre que celle qui est actuellement de mise. L'ablation du fibrome s'imposerait dans tous les cas. Cette pratique qui doit être étayée sur des faits plus précis que ceux qui ont été fournis jusqu'à ce jour, ne réunit pas à l'heure actuelle les suffrages des chirurgiens et ce que nous savons et ce que nous voyons paraît la condamner.

Les indications opératoires ne peuvent être nettement posées qu'en face du diagnostic précis de chaque cas particulier. Ici ce diagnostic étant souvent incomplet, le chirurgien n'intervient pas en pleine connaissance de cause, d'où les difficultés et souvent l'insuccès de certaines opérations.

Nous ne pouvons donc mieux faire que d'analyser les faits observés et de juger de la valeur des procédés par les résultats obtenus.

Nous donnons, dans le tableau suivant, à côté du diagnostic anatomique précis, l'indication du *modus operandi* et les résultats.

AUTEURS	DIAGNOSTIC ANATOMIQUE	MODE OPÉRATOIRE	RÉSULTATS
Demons (obs. VIII)	Cancer du col. Fibrome du corps (paroi antér[re]).	Hystérectomie vaginale simple.	Guérison.
Pozzi (obs. IV)	Cancer du col. Fibrome pédiculé sous-péritonéal.	Hystérectomie vaginale difficile.	Id.
Ehrendorfer (obs. VI)	Cancer du col. Fibrome (paroi postérieure).	Id.	Id.
Vitrac (obs. IX)	Cancer du col. Fibrome (paroi postérieure).	Id.	Id.
Obs. XI (personnelle)	Cancer du col. Fibrome du col.	Id.	Id.
Faguet (obs. VII)	Cancer du col. Fibrome (paroi antérieure).	Hystérectomie vaginale impossible. Hystérectomie abdominale totale.	Mort.
Wahrendorff (obs. III)	Cancer du col. Fibromes multiples du corps.	Id.	Id.
Samschin (obs. X)	Cancer du col. Fibrome (paroi antérieure).	Hystérectomie vagino-abdominale.	Guérison.
Backer	Cancer du col. Fibrome du corps.	Id.	Id.
Bouilly	Cancer du col. Fibrome du corps.	Id.	Id.
Wahrendorff (obs. XIII)	Cancer du corps. Fibrome du corps.	Hystérectomie abdominale supra-vaginale.	Mort.
Wahrendorff (obs. XIV)	Cancer du corps. Fibrome du corps.	Id.	Id.
Ehrendorfer (obs. XVI)	Cancer du corps. Fibrome du corps.	Hystérectomie abdominale totale.	Id.
Ehrendorfer (obs. XV)	Cancer du corps. Fibrome du corps.	Hystérectomie abdominale supra-vaginale.	Guérison.
Demons (obs. XVII)	Cancer du corps. Fibrome du corps.	Hystérectomie vaginale impossible. Hystérectomie abdominale totale.	Id.

Envisageons d'abord les cas dans lesquels coexistaient un cancer du col et un fibrome du corps. Nous en trouvons dix qui se répartissent ainsi : cinq hystérectomies vaginales, deux hystérectomies abdominales totales et trois hystérectomies vagino-abdominales.

L'hystérectomie vaginale se fit une fois sans difficulté. Quatre fois, elle fut pénible. Dans le cas de Pozzi, l'utérus complètement libéré de ses annexes, fut à grand peine porté en rétroflexion. Dans celui d'Ehrendorfer, on dut s'aider, pour faire basculer le fibrome, de la manœuvre de Ringen, dont l'emploi est courant en obstétrique. Dans celui de M. Vitrac, la section médiane de l'utérus dut être prolongée jusqu'au-delà du fond de l'organe et ce ne fut que lorsque la section fut complète, que le fibrome qui siégeait sur la paroi postérieure s'énucléa pour ainsi dire tout seul. Dans le cas que nous rapportons après la libération des annexes kystiques, l'utérus ne descendit pas et le fibrome gêna l'effondrement du cul-de-sac postérieur. Dans le cas rapporté par M. Bégouin dans sa communication, le fibrome fit dévier la ligne d'incision de l'utérus et gêna sa bascule.

Voilà donc un fait important : le fibrome complique l'hystérectomie vaginale.

Dans le cas rapporté par M. Faguet, la mobilité de l'utérus justifiait l'application d'une hystérectomie vaginale, mais quand on voulut l'abaisser on constata qu'il était absolument bridé, que le morcellement lui-même était impossible et on fut obligé d'avoir recours à la voie abdominale. Le fibrome avait rendu l'hystérectomie vaginale impossible. Dans trois autres cas, on pratiqua d'emblée l'hystérectomie abdomino-vaginale.

Les résultats furent les suivants : 5 hystérectomies vaginales, 5 guérisons ; deux hystérectomies abdominales, 2 morts ; 3 hystérectomies vagino-abdominales, 3 guérisons.

La conduite à tenir, dans des cas de ce genre, nous paraît donc être la suivante : en face d'un épithélioma du col, bien entendu opérable, à côté duquel se trouve un fibrome dont rien ne vient révéler l'existence, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut s'adresser. L'hystérectomie se fera souvent avec de grandes

difficultés, mais pourra cependant être menée à bonne fin. On fera ainsi bénéficier les malades d'une ablation totale qui les met plus complètement à l'abri d'une récidive qui aurait de grandes chances de se produire avec une opération partielle telle que l'amputation ordinaire du col ou l'amputation intra-vaginale. De plus, la gravité de l'opération est presque nulle.

Dans les cas où l'hystérectomie vaginale est impossible et dans ceux où l'on a constaté la présence d'un fibrome dont le volume ne permet pas d'utiliser la voie vaginale, deux procédés peuvent être employés : l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérec-vagino abdominale.

La première, nous la rejetons complètement. Dans deux cas où elle fut employée, les deux malades moururent. Nous savons en effet que dans les cas de cancer du col, la mortalité opératoire est bien plus considérable que dans les cas de fibrome par exemple. Cela tient à ce que le col de l'utérus est infecté et que dans les manœuvres faites pour l'enlever il inocule presque fatalement le péritoine sans compter qu'il risque de faire de la greffe cancéreuse. Dans nos deux observations, les malades moururent de péritonite septique.

Les avantages qu'on pourrait en retirer au point de vue de l'ablation du tissu para-cervical le plus souvent envahi ne sauraient compenser ses dangers immédiats.

Reste l'hystérectomie vagino-abdominale en deux temps, décrite sous le nom de procédé de Péan, en France, sous celui de procédé de Freund-Ridygier, en Allemagne. Nous le rappellerons dans ses grandes lignes. Par la laparotomie, après avoir pratiqué la section du col, en avoir fait la ligature ou la suture, on enlève le corps utérin, puis on procède à l'hystérectomie vaginale du pédicule.

Les trois malades opérées de la sorte, par Samschin, Bouilly et Backer, dont les observations ont fait l'objet de communications intéressantes, ont eu des suites opératoires absolument normales.

L'hystérectomie vagino-abdominale en deux temps supprime l'obstacle créé par le fibrome en même temps que les dangers d'infection péritonéale produite par le cancer,

Nous concluons que, lorsque rien ne viendra traduire l'existence du fibrome, on pourra avoir recours à l'hystérectomie vaginale et que, lorsqu'on aura constaté la présence d'un fibrome volumineux et d'un épithélioma du col, de même que lorsque l'hystérectomie vaginale commencée sera impossible, c'est l'hystérectomie vagino-abdominale qu'il faudra pratiquer.

Dans les cas de cancer du corps que faut-il faire?

Et d'abord existe-t-il un autre traitement préventif du cancer? En admettant l'hypothèse de la transformation lente de l'adénome bénin en adénome malin, pourrait-on espérer, par un curettage précoce qui détruirait la muqueuse utérine, mettre un obstacle à la production cancéreuse?

Wahrendorff nous cite, dans une de ses observations (obs. XIV), le cas d'une de ses malades à qui il fit un curettage dans l'espoir de faire disparaître des hémorragies rebelles. Celles-ci réapparurent au bout de quelques mois et l'hystérectomie prouva qu'il s'agissait d'un cancer du corps utérin.

Le curettage est donc insuffisant pour débarrasser les malades de leur cancer.

Les interventions dirigées contre le cancer du corps figurent au nombre de 5 dans nos observations.

Dans un cas où l'utérus mesurait 12 centimètres, on tenta l'hystérectomie vaginale, elle fut impossible. Trois fois on fit l'hystérectomie partielle supra-vaginale avec deux morts et une guérison. L'hystérectomie abdominale totale donna un cas de mort, un cas de guérison.

L'hystérectomie abdominale partielle nous semble une mauvaise opération. On ne sait jamais où s'arrêtent les lésions du cancer; il est donc bien préférable de s'abstenir d'établir un pédicule. Aucun mode de traitement de ce pédicule, surtout l'extrapéritonéal même suivi de cautérisation ignée ne pourrait, en cas de dégénérescence cancéreuse de la muqueuse utérine, mettre à l'abri d'une récidive.

Ehrendorfer donne sur ce sujet de sages conseils. Quand on pratique l'hystéro-myomectomie, on devra, avant le traitement du pédicule, rechercher avec soin si le corps utérin n'est pas atteint de cancer.

Quelques coupes faites dans la paroi de l'utérus permettent de reconnaître, même à l'œil nu, s'il existe quelque dégénérescence. Si on reconnaît cette simultanéité d'affection, on s'abstiendra d'établir un pédicule, et on fera l'ablation totale de l'utérus.

Par quelle voie : la voie vaginale ne nous paraît offrir aucune chance de succès. Si elle crée chez les malades un schock moindre que l'hystérectomie abdominale, elle est sûrement plus longue, plus pénible, ne peut se faire sans morcellement, pratique qui expose la femme à l'infection.

L'hystérectomie abdominale nous paraît préférable : elle peut être rapide et elle permettra une ablation complète de la tumeur. Si l'on redoutait l'infection possible par le col, on serait autorisé à faire précéder l'intervention d'un curettage.

Nous ne pouvons ici fournir de renseignements sur les résultats à longue échéance. La malade d'Ehrendorfer (obs. VI), qui avait un fibrome du corps et un cancer du col, ne présentait pas, un an et demi après, de traces de récidive. La malade qui fait l'objet de notre observation personnelle, opérée depuis six mois, a une santé parfaite.

OBSERVATIONS

Observation I

Nicaise. In *Gazette des Hôpitaux*, 1881, p. 1017.

Deux fibromes du corps. — Cancer du col propagé au vagin

Mme X..., 54 ans, blanchisseuse.

Mère morte à un âge peu avancé de cancer de l'estomac.

Réglée à 12 ans : menstruation très régulière et très abondante, surtout dès l'âge de 20 ans. N'a eu qu'un seul enfant à 37 ans. Jusque là elle s'était bien portée. Deux ans après, elle s'est aperçue d'une augmentation notable de volume du ventre et de la présence d'une tumeur abdominale, tumeur qui, non-seulement ne donnait lieu à aucune douleur, mais encore ne la gênait en rien. La mens-

truation n'a pas été influencée et les règles ont continué à être tout aussi abondantes, sans que la quantité de sang écoulé fût cependant augmentée.

Ménopause à 52 ans, il y a deux ans. Peu après flueurs blanches, dont l'écoulement a été sans cesse en augmentant, devenant peu à peu d'une teinte sale, roussâtre et d'une odeur fétide. Enfin, il y a un an, la malade a commencé à souffrir du bas-ventre.

Dans ces temps derniers, œdème du membre inférieur droit.

Etat actuel : Femme pâle, maigre, dans un état général très mauvais. En examinant le ventre, nous avons constaté l'existence de deux tumeurs situées au niveau de la partie supérieure de l'utérus avec lequel elles paraissent faire corps.

En pratiquant le toucher vaginal, le doigt rencontrait dans le fond du vagin des masses molles, fongueuses, végétantes ainsi qu'un col utérin également bourgeonnant, sécrétant un liquide épais, sale et abondant, c'est-à-dire un cancer du col de l'utérus, cancer qui n'avait donné lieu à aucun accident hémorrhagique.

La malade meurt peu de temps après. On constata à l'autopsie un cancer végétant qui avait détruit le col de l'utérus, une partie du vagin, s'était propagé en dehors, du côté droit, et avait gagné les ganglions de la région iliaque et finalement produit une thrombose fémorale.

L'utérus était le siège de deux tumeurs fibreuses développées dans le corps de l'organe et du côté de l'abdomen qui étaient absolument indépendantes de la tumeur épithéliale.

Observation II

In thèse Wahrendorff.

Polype fibreux. — Fibromes insterstitiels. — Cancer du col. — Hystérectomie abdomin .le.

Mme L..., 40 ans : toujours parfaitement réglée. Pas de grossesse.

Il y a deux ans, les règles deviennent plus abondantes en même temps qu'irrégulières : entre temps, pertes sanieuses, odorantes, ténesme vésical, constipation.

Diagnostic : Tumeur de l'ovaire. Myome utérin. Cancer du col.

Entre les lèvres du col fait saillie un polype fibreux, ulcéré sur sa face supérieure. Immédiatement, on pratique la section de son pédicule.

Lavages antiseptiques : désinfection du canal génital pendant huit jours en vue d'une hystérectomie abdominale.

L'utérus a le volume du poing. Dans son épaisseur siègent des fibro-myomes de différentes grosseurs.

Le col enlevé en totalité est gros, déchiqueté, irrégulier. Sa cavité est élargie et présente des bourgeons cancéreux. Dans la cavité même de l'utérus on trouve à gauche, au voisinage de l'isthme, un bourgeon de la grosseur d'un haricot, de consistance mollasse et qui fait nettement saillie au-dessus du niveau de la muqueuse.

Du fond de l'utérus se détache un pédicule long d'environ un centimètre dont l'extrémité est frangée et qui n'est autre que le pédicule du polype sectionné tout d'abord.

Le polype fibreux sectionné présente des altérations de sa surface qui paraissent macroscopiquement être de nature gangréneuse. L'examen microscopique n'a pu être fait.

Dans le col, la dégénérescence cancéreuse est très nette. On y voit un grand nombre de cavités glandulaires remplies de cellules épithéliales (*Platten epithelien*), les unes conoïdes, les autres ovales. Ces lésions existent sur l'utérus jusqu'à la portion de muqueuse saillante et molle inclusivement.

Des coupes faites au niveau des masses fibro-myomateuses ne montrèrent aucune dégénérescence maligne.

Observation III

In thèse Wahrendorff.

Fibromes multiples du corps. — Cancer du col. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

E. B..., âgée de 46 ans, a toujours été régulièrement réglée. Pas de grossesse.

Depuis cinq semaines, hémorrhagies abondantes et permanentes.

Femme très anémique. L'examen permet de conclure à un cancer du col et à un fibrome de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale.

Mort trois jours après l'intervention de péritonite septique.

L'utérus a à peu près le volume des deux poings. Des deux côtés, à droite et à gauche, existent deux myomes interstitiels gros comme une pomme. Disséminées dans tout l'organe, quelques-unes faisant saillie au-dessus de la face péritonéale, on trouve d'autres productions analogues dont la grosseur varie de celle d'un grain de raisin à celle d'une petite noix. Leur consistance est un peu molle et leur coloration à la coupe est rougeâtre.

La paroi utérine a une épaisseur d'environ un centimètre.

L'endomètre au niveau de l'isthme est en dégénérescence cancéreuse.

Le col lui-même est gros, considérablement allongé et bourgeonnant.

La longueur de la cavité utérine est de 10 centimètres.

Les préparations microscopiques faites avec des fragments du col et les parties de l'endomètre altéré ont permis de reconnaître des nids de cellules de cancer en grande quantité.

Le parenchyme utérin sous-jacent à la lésion de l'endomètre présentait de la dégénérescence cancéreuse, mais sur une faible étendue.

Les fibro-myomes et leur capsule d'enveloppe ne présentaient aucune trace d'infiltration embryonnaire.

Le muscle utérin était parfaitement normal.

Observation IV

Pozzi, in *Gazette médicale de Paris*, 1888, p. 319.

Epithélioma du col et fibrome pédiculé sous-péritonéal.— Hystérectomie vaginale.— Difficultés opératoires.— Guérison (1)

La nommée D., âgée de 50 ans, sans profession, entre le 17 avril 1888 à l'hôpital Pascal, dans le service de M. le Dr Pozzi.

Une de ses tantes est morte d'un cancer du sein.

(1) Observation recueillie par M. Bourges, interne du service.

A toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans, peu abondamment, mais sans douleurs. Ménopause à 48 ans.

A eu 9 grossesses, toutes arrivées à terme, la dernière datant de 13 ans.

Grossesses normales, sauf une compliquée de placenta prævia : accouchements ayant nécessité chaque fois une application de forceps. Suites de couches normales.

Il y a trois ans, la malade s'aperçut que ses règles revenaient toutes les 3 semaines et étaient plus abondantes que de coutume.

En même temps, pesanteur dans le bas-ventre.

Il y a 2 ans, métrorrhagies qui durent 3 mois.

Il y a 4 mois s'établit une leucorrhée presque continue qui persiste encore, un peu roussâtre, pas fétide mais très abondante, elle s'accompagne de douleurs très vives au niveau des reins, des fosses iliaques, des cuisses.

Etat général excellent.

Examen : Au toucher vaginal on constate que le col de l'utérus a presque complètement disparu et qu'il est remplacé par une surface irrégulière.

Une ulcération anfractueuse occupe toute la commissure gauche, empiète d'un côté sur la cavité cervicale et va de l'autre jusqu'à la limite du cul-de-sac. Le vagin n'est pas envahi et les culs-de-sac paraissent libres, quoique celui de gauche soit notablement moins profond. L'utérus est mobile.

Au spéculum on voit que l'altération siège principalement sur la commissure gauche et la lèvre postérieure. Elle est constituée par des végétations saignantes. La moitié gauche de la lèvre postérieure est aussi détruite. La moitié droite, ainsi que la lèvre antérieure, ne sont pas ulcérées. Le cathétérisme utérin donne 8 centimètres.

Hystérectomie vaginale.

Le col utérin saisi avec des pinces de Museux est abaissé. Après incision du cul-de-sac postérieur, on constate que le cul-de-sac de Douglas, maintenu très élevé par des adhérences, n'est pas accessible. M. Pozzi renonce à suturer la tranche vaginale au péritoine comme il le fait d'habitude.

L'utérus est détaché latéralement de ses insertions vaginales, puis

le cul-de-sac antérieur est incisé et la vessie décollée. Les ligaments larges sont détachés entre deux ligatures, par section et ligatures successives.

On essaie de faire basculer l'utérus en rétro-flexion forcée et c'est alors qu'on s'aperçoit que le fond de l'utérus est surmonté d'un corps fibreux, sous-péritonéal, étroitement pédiculé, du volume d'une grosse mandarine. Après des efforts répétés, on arrive à renverser l'utérus, à le libérer totalement et à l'attirer au dehors.

Durée de l'opération : une heure 3/4.

Suites opératoires excellentes : la malade quittait le service le mois suivant guérie.

Examen des pièces : En fendant l'utérus, suivant sa longueur, on voit que le cancer paraît rigoureusement limité au col, dont il a surtout envahi la muqueuse.

La tumeur qui surmonte le fond de l'utérus présente bien, à la coupe, la consistance et l'aspect des fibro-myomes.

Observation V

Ehrendorfer, In *Arch. fur Gynek.*

Fibrome du corps.— Cancer du col pris pour un fibrome ramolli. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. — Récidive rapide. Mort au bout de deux mois.

R. E., 53 ans. entre à la clinique le 1er février 1890. Un accouchement à 32 ans. Règles toujours normales. Ménopause à 50 ans.

Depuis, écoulement abondant de sang et de mucosités ; depuis quelques semaines, douleurs très vives du bas-ventre.

Femme très amaigrie, presque cachectique. A travers la paroi abdominale peu chargée de graisse, on trouve une tumeur ferme, peu mobile, de la grosseur d'une tête d'enfant, plongeant profondément dans l'excavation.

Le col utérin très dilaté laisse pénétrer l'index qui constate dans son intérieur une tumeur, très légèrement mamelonnée, molle et friable qui est prise pour un myome muqueux. La grosse tumeur abdominale fait corps avec l'utérus : c'est un fibrome.

Quelques jours après : laparo-hystérectomie. Après avoir libéré quelques anses intestinales soudées, et avoir détaché les annexes de l'utérus ainsi que le ligament rond, on extrait le fibrome et on applique un lien élastique autour de son pédicule aussi bas que possible ; section au-dessus, cautérisation du col avec le thermo-cautère de Paquelin.

Trois semaines après, écoulement fétide ; chute de l'eschare du col ; le fond de la plaie se recouvre de granulations très exubérantes que l'on touche au nitrate d'argent. Huit semaines après, le vagin est rempli par un énorme fongus qui infiltre toutes les parties voisines et gagne le périnée.

Mort deux mois après.

Observation VI

Ehrendorfer. (*Loco citato*).

Cancer du col. — Fibrome du corps. — Hystérectomie vaginale difficile. — Guérison.

G. Th.., 46 ans, une grossesse, régulièrement réglée, se plaint depuis deux ans de pesanteur dans le bassin et de coliques utérines. — Depuis six mois, elle a un écoulement vaginal assez abondant, jaunâtre, quelquefois sanguinolent et de mauvaise odeur.

Etat général très satisfaisant.

La lèvre antérieure du col est transformée en une tumeur bosselée, friable, qui refoule l'orifice externe et la lèvre postérieure qui sont sains.

L'épaisseur des parois abdominales ne permet pas d'apprécier le fond de l'utérus.

Hystérectomie vaginale. Après l'incision circulaire des culs-de-sac, on énuclée du bout des doigts quelques fibromes (gros comme une demi-noix), que l'on prit d'abord pour des ganglions cancéreux.

Ouverture du péritoine : section des ligaments larges ; l'utérus fortement attiré, ne vient pas. La traction jointe à la pression exercée à l'aide du doigt introduit dans le rectum eût raison de l'obstacle apporté au basculement de l'utérus par plusieurs fibromes siégeant au fond de l'organe.

Suites opératoires normales, guérison au bout d'un mois.

La malade est revue un an et demi après : il n'y a pas de récidive. L'état général est parfait.

Observation VII

Recueillie par M. Faguet, interne du service de M. le professeur Lanelongue.

Cancer du Col. — Fibrome de la paroi antérieure. — Fibrome de l'ovaire. — Hystérectomie vaginale impossible. — Hystérectomie abdominalo totale. — Mort.

Madeleine M., 56 ans, tailleuse, habitant Mont-de-Marsan, entre le 26 avril 1892, dans le service de M. le professeur Lanelongue, pour des pertes hémorrhagiques et des douleurs du bas-ventre depuis six mois.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 15 ans. Régime des règles normal. Une grossesse à 26 ans : accouchement normal. Ménopause à 44 ans.

Leucorrhée glaireuse depuis ce moment jusqu'à il y a six mois, pendant près de douze ans, par conséquent.

Depuis, pertes rougeâtres continues, sans odeur fétide, sans coliques utérines, sans troubles de la miction : mais douleurs du bas-ventre depuis trois mois.

Etat général satisfaisant : pas d'amaigrissement.

Examen : En raison de l'épaisseur des parois abdominales, on ne peut apprécier le volume de l'utérus.

Le col est gros, ulcéré sur la lèvre postérieure, il laisse pénétrer facilement l'extrémité de l'index.

Les culs-de-sac sont libres : mais l'ulcération s'étend à gauche jusqu'au cnl-de-sac qui n'est pas peut-être entièrement sain.

L'utérus est mobile dans tous les sens. Rien de perceptible aux annexes.

L'examen au spéculum permet de contrôler les renseignements fournis par le toucher. La surface du col est irrégulière, bourgeonnante, saignante. L'hystérométrie donne 8 cent. 1/2. L'utérus se laisse facilement abaisser.

Diagnostic : Epithélioma du col.

Intervention : Hystérectomie vaginale.

Le col friable se déchire sous les pinces de Museux, et l'abaissement de l'utérus est défectueux.

Incision du cul-de-sac antérieur : impossibilité de décoller le péritoine jusqu'au fond de l'utérus.

Incision du cul-de-sac postérieur : impossibilité de faire basculer l'utérus malgré une pression énergique exercée sur la paroi abdominale.

Immédiatement on pratique la laparotomie et on fait une hystérectomie totale.

L'utérus, les annexes et les parois du vagin qui sont infiltrées du néoplasme sont enlevés par cette voie.

Toilette du péritoine : Drainage avec gaze iodoformée. Durée de l'intervention 1 h. 1/2.

Dans la paroi antérieure de l'utérus existe un fibrome du volume d'une grosse orange. L'ovaire droit est également le siège d'un fibrome du volume d'un œuf.

Suites opératoires mauvaises. Shock.

Mort le 8me jour : la cause du décès n'est pas rapportée dans l'observation.

Observation VIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Demons [1].

Fibromes du corps. — Cancer du col. — Hystérectomie vaginale facile.

Madeleine R..., 41 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-André pour des métrorrhagies et des douleurs abdominales.

Etant jeune fille, elle a eu des accidents strumeux.

Les règles se sont montrées tard, à 18 ans : elles ont été toujours régulières, mais douloureuses.

Un accouchement normal à 26 ans. Suites de couches pathologiques avec fièvre et hémorrhagies.

---

[1] Nous remercions M. le professeur Demons d'avoir bien voulu nous communiquer les deux observations que nous rapportons.

Il y a six ans, surviennent des troubles de la menstruation : les règles sont plus abondantes et apparaissent deux fois par mois.

Il a trois mois, la malade ressent de vives douleurs dans le bas-ventre. Depuis quinze jours elle a d'une façon permanente des pertes leucorrhéïques, sanguinolentes, très fétides.

Etat général bon. Pas d'amaigrissement.

Par le palper abdominal on n'apprécie pas d'augmentation de volume de l'utérus.

Le col, dur, ligneux, est augmenté de volume : son orifice externe, légèrement entr'ouvert, saigne abondamment et présente une muqueuse ulcérée et bourgeonnante.

Pas de renseignements hystérométriques.

Diagnostic : Epithélioma du col.

L'hystérectomie vaginale se fait sans difficulté.

L'utérus présente dans son épaisseur trois fibromes. Le plus volumineux, gros comme un œuf, siège au niveau de la paroi postérieure.

Lésion cancéreuse du col.

Observation IX

Dr J. Vitrac. Communication à la Société de gynécologie de Bordeaux, *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, n. 30, 25 juillet 1897.

Cancer végétant du col. — Fibrome de la paroi postérieure. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

La nommée Marie C..., âgée de 40 ans, entrée le 1er février 1897 dans le service de M. le professeur Lanelongue, pour des hémorrhagies.

Dans son histoire, pas d'antécédents personnels ou héréditaires intéressants.

Dans ses premières règles, venues à 14 ans, régulières et indolores, il faut noter une abondance habituelle, puisque les pertes duraient sept ou huit jours sans leucorrhée dans l'intervalle.

Mariage à 21 ans et trois grossesses normales, a 22, 24 et 29 ans. Jusqu'au milieu de 1895, il y a deux ans, aucun incident.

Puis ont apparu quelques pertes rouges dans l'intervalle des règles et peu à peu les hémorrhagies sont devenues continuelles, accompagnées enfin de l'expulsion de gros caillots et de phénomènes douloureux pas très intenses : ces pertes n'ont jamais été séro-sanguinolentes, ni fétides. Les forces ont considérablement diminué, l'état général devenant rapidement inquiétant. Pas de troubles urinaires. Constipation habituelle.

Le palper abdominal ne dénote pas une augmentation notable du volume de l'utérus.

Le toucher permet de rencontrer à la place du col une masse bourgeonnante, grosse comme une mandarine. Son volume est tel que l'on constate seulement que les culs-de-sac ne sont pas envahis. Quant à l'exploration profonde de ces culs-de-sac, et à l'examen des annexes, ils sont gênés par l'exubérance de la tumeur.

Pas de renseignements hystérométriques.

Le toucher rectal ne donne pas d'indications spéciales.

Le diagnostic porté est celui d'épithélioma du col à forme végétante pour lequel M. Lanelongue propose, en raison de la mobilisation possible de l'utérus, l'hystérectomie vaginale.

Opération laborieuse : fente longitudinale antérieure de l'utérus qui montre sous la face muqueuse postérieure du corps un fibrome plus gros que le poing.

Au-dessus de l'épithélioma cervical, la muqueuse est libre. Le fibrome en est nettement séparé. D'origine interstitielle, car il remplit encore une partie du segment postérieur, il s'est plutôt développé sous la muqueuse.

Les suites opératoires ont été normales.

La malade a quitté l'hôpital en parfait état.

Observation X

Samschin. In *Arch. für Gynek.*, 1889, t. III, p. 511 [1].

Cancer du col. — Fibrome volumineux du corps. — Hystérectomie vaginale abdominale. — Guérison.

La femme P. entre le 29 septembre 1897 à la clinique gynécologique de M. le professeur Lebedeff pour ménorrhagies très abondante et faiblesse générale.

Agée de 40 ans, réglée depuis l'âge de 20 ans, pendant 3 jours en moyenne, mais assez irrégulièrement : elle a eu deux accouchements normaux.

L'utérus est très augmenté de volume : on trouve le fond de l'organe à 10 centimètres au-dessus du pubis.

Le col est également gros, plus particulièrement au niveau de sa lèvre antérieure recouverte de bourgeons charnus, friables, qui saignent au moindre contact et qui s'avancent jusqu'à l'orifice du museau de tanche. Le pourtour de l'ulcération a une consistance très dure. On retrouve dans le cul-de-sac postérieur le corps utérin volumineux qui y est solidement fixé : sur son bord latéral gauche, le doigt apprécie une masse dure, bien limitée, au niveau de laquelle la pression est douloureuse et qui est prise pour l'ovaire.

L'hystérométrie donne 12 cent. de longueur.

Diagnostic : fibrome utérin et carcinome du col.

On se décide pour l'extirpation totale de l'utérus.

Après une semaine de séjour à la clinique, la malade voit apparaître ses règles très abondantes et qui durent sept jours.

Opération le 17 octobre. — Purgatifs et désinfection vaginale préalable.

Position en décubitus dorsal.

Périnéotomie de trois centimètres.

Incision semi-lunaire du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac postérieur : séparation de la vessie et du rectum : les deux incisions

---

[1] Zur casuistik des gleichzeitigen vorham denseins eines Fibromyom des corps uteri und Carninom der Portio vaginalis.

sont réunies latéralement et l'on sépare le plus profondément possible avec les doigts le col des péramètres.

Tamponnement provisoire du vagin. — Immédiatement après, laparotomie. Le fond de l'organe est attiré en dehors de la plaie et l'on lie les ligaments larges profondément dans la cavité du bassin, d'abord à droite puis à gauche. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert, et on lie tout ce qui reste des paramètres. L'utérus est ensuite libéré sur toute sa périphérie et enlevé.

L'exploration manuelle du petit bassin fait reconnaître des formations kystiques au niveau des annexes droites : on les enlève.

Toilette du péritoine : suture musculo-aponévrotique et cutanée : mise en place dans le vagin d'un sachet de gaze aseptique destiné au drainage. Périnéorraphie.

Durée de l'opération : deux heures.

L'utérus ainsi extirpé pesait 470 grammes : sa longueur était de 15 centimètres, sa largeur de 10; la cavité utérine mesurait 12 centimètres, 8 pour le corps, 4 pour le col.

Sur la lèvre antérieure on voit une tumeur irrégulière, molasse, à bords déchiquetés et à droite de la ligne médiane dans la paroi antérieure du corps une tumeur fibreuse de la grosseur des deux poings. Dans la cavité utérine existe un petit polype fibreux.

L'ovaire a contracté des adhérences nombreuses avec la trompe qui est le siège d'une dilatation kystique.

Les suites opératoires furent normales : Réunion de la plaie abdominale par première intention : le tampon vaginal est enlevé au bout de 10 jours. La malade quitte la clinique dans les premiers jours de décembre en parfait état.

Observation XI (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Cançer du col (lèvre antérieure). — Fibrome du col (lèvre postérieure). Hystérectomie vaginale. — Guérison.

D. (Jeanne), 38 ans, journalière, entre à l'hôpital, salle 8, pour pertes blanches depuis trois mois,

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels à signaler.

Ses premières règles sont survenues à 12 ans. Elle a toujours été mal réglée. Elle perdait pendant un, deux, trois jours, jamais plus, mais une fois, deux et même trois dans le même mois, très abondamment et sans douleur.

La malade a eu quatre grossesses : à 21, 25, 26 et 28 ans, dont trois gémellaires ([1]), terminées par des accouchements normaux avec suites de couches physiologiques.

Actuellement elle est réglée plus régulièrement qu'autrefois, ne souffre pas davantage mais a, depuis trois à quatre mois, des pertes blanches souvent sanguinolentes, très abondantes, d'une fétidité très accusée et qui empèsent fortement le linge.

Son état général n'est pas très bon : c'est une femme qui a eu une vie très laborieuse et très pénible et qui, aujourd'hui, dit avoir maigri et perdu ses forces.

Le ventre est souple, pas augmenté de volume, pas douloureux ; on détermine mal le fond de l'ütérus.

Le col utérin en position normale est très augmenté de volume : à gauche, il est largement déchiré jusqu'à l'insertion vaginale. La lèvre antérieure n'existe plus avec ses caractères normaux, mais est remplacée par une masse fongueuse, bourgeonnante, friable sous le doigt et implantée sur une base dure.

La lèvre postérieure, également volumineuse, est lisse et régulière dans toute sa surface.

L'ulcération du col est limitée et les parois vaginales sont absolument intactes.

Le corps utérin paraît un peu augmenté de volume : sa forme est régulière, sa mobilité est parfaite.

Le cathétérisme utérin donne huit centimètres.

Hystérectomie vaginale : procédé habituel. Incision de Doyen. Difficulté de faire basculer l'utérus bridé par les annexes qui, des deux côtés, sont kystiques. A gauche, en particulier, il y a un kyste

---

([1]) Signalons, en passant, que la grand'mère, la mère, la sœur et la tante de notre malade ont toutes eu des enfants jumeaux.

volumineux qui doit être rompu pour faciliter l'extraction vaginale. Les annexes sectionnées, l'utérus est encore retenu au niveau de sa face postérieure très augmentée de volume : il existe là des adhérences très solides que l'on libère.

L'utérus enlevé, on constate dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, un fibrome.

Les suites opératoires furent parfaites : la malade sortait un mois après guérie.

Examen macroscopique de l'utérus. — L'utérus se présente sous la forme d'une masse volumineuse qui mesure en longueur 0,10 cent. dans l'axe du canal utérin, en largeur 0,07 cent. au niveau du fond de l'organe, en épaisseur 0,05 cent.

Le corps utérin a conservé sa forme et son aspect normaux. Tout le segment inférieur de l'utérus, au contraire, présente des déformations importantes.

Le col utérin est remplacé par une masse volumineuse dont l'ensemble est plus gros que le corps lui-même : au centre du col, on voit un orifice irrégulier, anfractueux, un peu masqué par des masses bourgeonnantes, qui est l'orifice externe. La lèvre antérieure fait au-dessus de la face antérieure du corps de l'utérus une saillie de 3 centimètres : elle est transformée en un volumineux chou-fleur exubérant, du volume d'une grosse noix verte qui s'étend jusqu'au niveau d'un plan transversal passant par les commissures.

Ces bourgeons friables sont limités à leur périphérie par une zone indurée, non ulcérée, qui établit une séparation bien nette entre la tumeur d'une part, la face antérieure de l'isthme, et les parties latérales, d'autre part.

Sur une coupe médiane antéro-postérieure le tissu apparaît comme blanchâtre, d'une consistance très ferme et se continue avec ces mêmes caractères sur une profondeur de 3 centimètres à 3 centimètres 1/2.

La lèvre postérieure est un peu plus grosse que la lèvre antérieure ; elle est régulière, lisse, dure et élastique et de coloration normale.

En arrière d'elle la portion supra-vaginale du col a le volume d'une pomme.

Sur la périphérie du col on retrouve les lignes d'incision des culs-

de-sac qui se trouvent au même niveau, à 4 cent. en arrière de l'orifice du col.

La lèvre postérieure est fendue d'un coup profond de bistouri ; les deux bords s'écartent largement et entre elles fait saillie une tumeur.

Son tissu blanchâtre présente des bandes de tissu nacré, très résistant sous le scalpel, qui s'entrecroisent en un feutrage élégant et circonscrivent dans leurs interstices un tissu un peu foncé et de consistance plus molle.

En complétant la section du col, on se rend un compte plus exact du volume, des rapports et des limites de la tumeur.

Grosse comme une orange, elle est régulièrement arrondie et mesure dans tous ses diamètres 7 cent.

A sa périphérie existe une couche continue de tissu lamellaire lâche, d'une épaisseur d'un demi-centimètre en moyenne, qui forme là comme une membrane d'enveloppe, et dont la tumeur se laisse très facilement détacher.

Au delà le tissu utérin présente ses caractères normaux.

Macroscopiquement, le corps utérin ne présente pas de caractères bien importants.

La cavité utérine, ouverte de toute sa longueur, mesure 8 centimètres ; l'hystérométrie clinique avait donné les mêmes résultats. Ses dimensions transversales ne sont pas accrues ; à la partie inférieure au niveau du col elle est complètement masquée et envahie par les bourgeons cancéreux de la lèvre antérieure ; plus haut, au niveau de l'isthme et du corps, la muqueuse utérine est souple, mais très augmentée de volume et présente une disposition très comparable à celle des villosités intestinales.

La paroi utérine présente une épaisseur de 2 à 3 centimètres ; elle est plus considérable au fond de l'organe où il existe un développement très prononcé des bandes fibreuses.

Les annexes des deux côtés sont malades. Augmentation des volumes des trompes. Ovaires scléro-kystiques ; kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'une pomme dont on retrouve la paroi déchirée au cours de l'intervention.

Donc cancer du col, fibrome du col et lésion annexielles.

Observation XII

Cazaubon. *Société anatomique*, 1867, p. 213.

Cancer du col de l'utérus et du vagin. — Corps fibro-musculaire de l'utérus.

A l'autopsie d'une femme de 50 ans, on trouva du côté de l'utérus un cancer ulcéré du col qui avait envahi les deux tiers supérieurs du vagin.

La cavité du corps était parfaitement libre, à part la présence d'un petit polype muqueux, rougeâtre, et bien qu'elle fût déformée par l'existence dans les parois mêmes du corps de l'utérus augmenté de volume, d'une tumeur fibreuse grosse comme un œuf de dinde.

Cette tumeur, composée extérieurement d'une légère coque ostéo-calcaire qui la séparait nettement des fibres utérines voisines, était formée dans presque toute son épaisseur par une trame dure, d'un jaune un peu rougeâtre, constituée uniquement de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif.

Plus profondément et au voisinage du col, le tissu utérin plus pâle, mais très dense, ne donnait pas à la pression de suc cancéreux.

Observation XIII

In thèse Wahrendorff

Fibro-myomes interstitiels. — Cancer du corps. — Hystérectomie partielle. — Mort.

Mme D..., 62 ans. Trois accouchements, le dernier à 26 ans. Ménopause à 54 ans.

Depuis longtemps la malade avait constaté une tumeur du bas-ventre, tumeur qui depuis un an a fortement augmenté de volume. En même temps se manifestait un écoulement vaginal abondant, d'abord sanguin, puis putride et ichoreux.

A l'examen, on reconnut que le cul-de-sac postérieur était comblé par des masses dures, irrégulières, qui faisaient corps avec l'utérus ;

qu'en outre, il existait une tumeur abdominale, du volume de la tête, dure et régulière, dépendant également de l'utérus.

Diagnostic : myome et tumeur maligne de l'utérus.

La tumeur abdominale et l'utérus furent enlevés par la laparotomie et cela au prix de grandes difficultés.

Hystérectomie partielle supra-vaginale ; il s'écoule de la cavité utérine une grande quantité de liquide louche, sanguinolent et infect.

Lavage au sublimé à 1 0/0. Suture abdominale. Pansement iodoformé.

Suites opératoires normales les trois premiers jours.

Troisième jour, pouls petit et fréquent, légère somnolence.

Mort le sixième jour.

A l'autopsie : phlegmon de la paroi abdominale antérieure : début de péritonite.

La tumeur de l'utérus et des annexes a presque le volume d'une tête d'homme. A gauche, la trompe est fortement étirée, l'ovaire petit et dur. A droite, le pavillon de la trompe, le ligament rond et le ligament tubo-ovarien sont largement étalés par suite de la présence de la tumeur qui a dédoublé les deux feuillets du ligament large.

L'utérus est fortement agrandi. Surface d'amputation large comme la main.

La cavité utérine a les dimensions d'une pièce de 5 francs et à travers elle, fait hernie une tumeur molle, de couleur rougeâtre.

Sur toute la surface de l'utérus, au-dessous de la séreuse, font saillie des masses arrondies, de volume variable, dont quelques-unes sont pédiculées ; à la coupe, on reconnaît des fibres-myomes : quelques-uns sont envahis par la dégénérescence calcaire.

Dans la paroi utérine existent également des myomes de différentes grosseurs.

La masse principale de la tumeur est formée par le contenu de l'utérus très volumineux qui se présente sous forme de deux masses, l'une à droite, grosse comme la tête d'un enfant, mollasse et rougeâtre, largement implantée ; l'autre, à gauche, de caractère analogue, mais un peu plus grosse.

L'examen microscopique des deux tumeurs de la cavité utérine, permit de conclure à un fibrome et à adéno-carcinome.

Pour reconnaître leurs rapports réciproques, on examina des fragments de l'utérus où deux formes des tumeurs se touchaient. Non seulement les myomes se montrèrent complètement épargnés, mais encore on peut constater que la musculature, quoique disposée en une mince couche entre les tumeurs de différente sorte, ne présentait aucune dégénérescence cancéreuse.

Observation XIV

In thèse Wahrendorff.

Myomes calcifiés. — Cancer du corps. — Hystérectomie abdominale partielle. — Mort.

Mme D..., âgée de 60 ans, toujours parfaitement réglée : Trois accouchements normaux : ménopause il y a dix ans.

Il y a deux ans : métrorrhagies abondantes qui diminuèrent à la suite d'un curettage, mais sans disparaître complètement.

A l'examen, on trouve l'utérus volumineux et le col petit. Tout autour, en avant et à droite, des tumeurs tuberculées de la grosseur d'une petite pomme.

Diagnostic : myome et cancer.

Lavages de la cavité utérine avec sublimé à 1 0/00 et solution de glycérine iodoformée.

Laparotomie. Hystérectomie partielle supra-vaginale. Ecoulement de liquide sanieux et de masses putrides dans le péritoine.

La malade meurt de péritonite septique.

L'utérus est gros. La muqueuse présente de nombreuses plicatures. Dans la paroi de l'utérus on trouve en plusieurs endroits des myomes complètement calcifiés de grosseur variable allant jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. Le reste de la muqueuse est bourgeonnant et complètement ramolli. Microscopiquement, on a tous les signes d'un cancer du corps. L'examen microscopique des fibro-myomes a porté sur ceux qui n'étaient pas calcifiés. Il s'agissait de vrais fibro-myomes, autour desquels les cellules de liaison (Bindgewebe) présentaient des lésions inflammatoires. On n'y trouva que de légères traces de transformation calcaire. La couche musculaire de l'utérus

était légèrement infiltrée de cancer qui lui avait détruit toute la cavité utérine et arrivait jusqu'aux parties supérieures du col.

Observation XV

Ehrendorfer, *Loco citato.*

Fibromes du corps. — Cancer du corps. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. — Guérison.

U..., 51 ans, journalière, multipare, a depuis un an des périodes menstruelles irrégulières avec fortes hémorrhagies et écoulement de mauvaise odeur. Souffre également du bas-ventre et a constaté une augmentation de volume de son abdomen.

Jusqu'au nombril s'élève une tumeur ferme et élastique, qu'un sillon partage en deux parties sensiblement égales et qui présente des connexions étroites avec le col utérin qui a son aspect normal. La cavité utérine est très allongée et laisse échapper un liquide séro-sanguinolent fétide.

Laparotomie.

A l'ouverture du ventre, il s'échappe un liquide ascitique abondant. L'utérus est aussi volumineux que s'il contenait un fœtus de trois mois. Dans sa partie gauche postérieure existent deux fibromyomes de la grosseur d'une tête d'homme.

Hystérectomie supra-vaginale.

Guérison.

La malade est renvoyée au bout d'un mois.

Le col est ratatiné, mobile, de la grosseur de la première phalange.

Le corps utérin présentait au niveau de sa face antérieure une dégénérescence cancéreuse sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Observation XVI

Ehrendorfer, *Loco citato.*

Fibrome du corps. — Cancer du col. — Hystérectomie abdominale totale. Mort.

Ch. F..., 46 ans, d'habitude bien réglée, ayant eu deux accouchements normaux, a depuis sept semaines des hémorrhagies considérables. Femme très anémiée.

Dépassant de quatre travers de doigt la symphyse pubienne, existe une tumeur du volume d'une tête d'enfant, régulière, lisse, douloureuse à la pression, qui est le corps utérin très augmenté de volume.

Le col est épaissi, très dur, légèrement entr'ouvert. Pertes hémorrhagiques.

Laparotomie suivie d'hystérectomie abdominale totale. Pas d'incidents opératoires.

Elévation de température le troisième jour : péritonite qui entraîne la mort en sept jours.

L'utérus était le siège d'un fibrome de la paroi-antérieure de la grosseur d'une petite pomme, complètement isolé, et d'un cancer du corps.

L'autopsie a permis de constater que les ganglions rétro-péritonéaux avaient le volume d'une noix et étaient atteints de dégénérescence cancéreuse.

Observation XVII

Due à l'obligeance de M. le professeur Demons.

Fibrome du corps. — Cancer du corps. — Hystérectomie abdominale.

Angélique C..., 63 ans, sans profession, venant de Cognac, entre le 28 avril 1898, dans le service de M. le professeur Demons, pour des pertes hémorrhagiques peu abondantes mais continues depuis un an environ.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans ; à 56 ans, ménopause.

Ses règles ont toujours été normales sauf pendant les cinq dernières années de 50 à 55 ans, où elles sont devenues un peu irrégulières.

Quatre grossesses dont trois fausses couches.

Pendant six ans, aucun trouble fonctionnel, aucune douleur.

L'année dernière surviennent des hémorrhagies très abondantes qui durent un mois. — Dans la suite, à des époques très irrégulières, la malade a eu des suintements sanguins plutôt que de vraies hémorrhagies, sans aucune fétidité.

Elle ressent, de plus, quelques douleurs lombaires. Son état général est excellent : elle n'a ni maigri ni perdu ses forces.

Le palper abdominal est gêné par la surcharge graisseuse de la paroi et ne fournit aucun renseignement : la pression au-dessus du pubis n'est pas douloureuse.

Le vagin est légèrement ramolli. Le col est situé très haut et un peu à droite de la ligne médiane. Il est un peu entr'ouvert, tout petit et libre sur tout son pourtour.

Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont libres, mais on sent bomber dans le cul-de-sac postérieur une masse très dure, de forme régulière qui soulève la paroi recto-vaginale. Elle fait corps avec l'utérus qui, dans son ensemble, ne paraît pas fixé.

L'hystérométrie donne 12 centimètres.

L'examen des différents appareils reste négatif.

Il existe dans les urines de légères traces d'albumine.

Diagnostic : Fibrome utérin en dégénérescence sarcomateuse ou cancer du corps.

M. le professeur Demons décide l'hystérectomie vaginale qui est pratiquée le 21 avril.

Incision circulaire du col ; dissection de l'utérus au niveau du cul-de-sac antérieur et postérieur jusqu'au péritoine. Incision médiane de Doyen.

L'utérus, attiré avec des pinces de Museux, reste solidement fixé et ne descend pas. Il est impossible de le faire basculer.

Sur le champ : laparotomie. On enlève l'utérus et les annexes par une hystérectomie abdominale totale.

Le corps est volumineux. Tout le fond de la cavité utérine est rempli par une masse bourgeonnante d'apparence carcinomateuse. Dans le segment inférieur de l'utérus est développé un fibrome calcifié du volume d'une grosse orange.

A son niveau, la muqueuse utérine ne présente pas, à l'œil nu, de lésions appréciables.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès, a montré que les bourgeons cancéreux du fond de l'organe étaient constitués par des tubes enchevêtrés d'épithélioma cylindrique.

La paroi utérine épaissie est tapissée par un épithélium tubulé cylindrique à tubes atypiques (épithélium malin).

La tumeur du col est purement fibromateuse.

CONCLUSIONS

De l'exposé de ces faits, il résulte que l'on rencontre assez souvent associés le cancer et le fibrome de l'utérus, trois fois sur cent épithéliomas en moyenne.

Le fibrome ne met donc pas à l'abri du cancer, mais ne favorise pas davantage son éclosion. Jamais il ne se transforme directement en épithélioma et, s'il peut, par la métrite qu'il crée, faciliter dans des cas très rares la localisation cancéreuse, il n'est pas possible de généraliser la proposition et de dire qu'il prédispose au cancer.

Ces faits doivent être considérés comme des cas de cancer ordinaire affectant un utérus fibromateux et cette coexistence n'est souvent qu'un fait du hasard.

Le cancer conserve ses caractères anatomiques et ses signes cliniques habituels (cancer du col, cancer du corps).

Le fibrome, ou plus exactement les fibromes, généralement d'un petit volume, sont toujours restés silencieux.

La présence des deux tumeurs rend souvent le diagnostic difficile.

Le fibrome passe presque toujours inaperçu et sa constatation est, en général, une surprise opératoire.

Dans ces cas, l'ablation complète de l'utérus est indiquée.

Lorsque le fibrome est peu volumineux, il rend seulement l'hystérectomie vaginale un peu laborieuse.

Quand, par son volume plus considérable, il nécessite l'hystérectomie abdominale, le cancer du col devra être enlevé par

le vagin, suivant la méthode mixte vagino-abdominale qui fournit d'excellents résultats.

Cette dernière n'est pas applicable aux gros utérus dans lesquels coexistent un fibrome et un cancer du corps.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABEL et LANDAU. — *Munch. Med. Wochens.*, 10 février 1891.

Annales de gynécol. et d'obst., février 1898.

Annales de Tocologie, 1893, p. 684.

BABÈS. — *Centralb. fur Gynek.*, 1882, IX, p. 212.

BAECKER. — *Arch. fur Gynek.*, LIII, p. 1.

BAHRI. — Th. Lyon, 1895.

BARD. — *Arch. générales de médecine*, mai 1892.

BATUAUD. — Th. Paris, 1891.

BÉGOUIN. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, août 1897, p. 37.

BÉRARD. — *Lyon médical*, 23 février, 7 juin 1896.

BOTTICHER. — Dissertation inaugurale, Berlin, 1884.

BOUILLY. — Congrès de chirurgie, 1891-93.

MAC CLINTOCK. — Diseases of Women.

COE. — *Centralb. fur Gynek.*, p. 684, 1891.

CONDAMIN. — Congrès de chirurgie, Lyon, 1894.

CORNIL et RANVIER. — Traité d'anat. pathologique.

COSTE. — Th. Paris, 1894-95.

COURTY. — Maladies de l'utérus.

CRUVEILLIER. — Traité d'anat. path.

Dictionnaire Dechambre. — (Art. *fibrome, utérus, tumeur*)

DUMAS. — *Bullet. acad. de méd.*, 1840, V.

EHRENDORFER. — *Arch. f. Gynek.*, XLII, 2, 1892.

» *Centralb. f. Gynek.*, 1692, n. 27

GAILLARD-THOMAS. — Traité de gynécologie.

GUYON. — Th. agrégation. Paris, 1860.

JACOB. — *La Policlinique*, 15 août 1893.

KLOB. — *Pathol. anat.*, p. 163 et 188.
LÉOPOLD. — *Centralb. fur Gynek.*, 1891, p. 22.
LIEBMANN. — *Centralb. fur Gynck.*, 1889, n. 17.
LOEHLEIN. — *Berlin. Klinische Wochens.*, août 1888, p. 693.
LE MOINET. — Th. Paris, 1893-94.
NICAISE. — *Gaz. Hôpitaux*, 1881.
PILLIET. — Soc. Biologie, 1894.
POZZI. — Traité de Gynécologie.
Rev. méd. chirurg. des maladies des Femmes, 1897, p. 133.
RICARD. — Th. Paris, 1885.
SAMSCHIN. — *Arch. fur Gynek.*, XXXVI, 1889, III, p. 511.
SCHOTTLANDER. — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XXVII, 2, 1894.
SCHRŒDER. — Maladies des femmes.
SIMPSON. — *Edimburgh medical Journal*, january 1876, p. 577.
Société anatomique de Paris :
1865, X, p. 451 (Cornil et Boissier).
1867 (Cazaubon).
1873 (Hubert).
avril 1896 (Legueu).
TEXIER. — Th. Bordeaux, 1896-97.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
VITRAC. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, juillet 1847, n. 30.
WAGNER. — *Deutsch. med. Wochens.*, n. 29, p. 501.
WAHRENDORFF. — Inaug. Dissert., Berlin, 1887.
WIRCHOW. — Pathol. des Tumeurs.

22,111. — Bordeaux, Y Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.